

国際医療協力

Vol. 17 No. 12

1994. 12



旧ユーゴスラビア（ガッシンジー）
難民収容センターで

AMDA

The Association of Medical Doctors for Asia

アジア医師連絡協議会

Contents

●AMDAご案内

●人権思想と相互扶助思想

●ルワンダ難民救援医療活動報告

ブ・ゴマ・ギブンバキャンプ

●Kalehe camp

・現地報告

・ルワンダ日記

●旧ユーゴスラビア難民救援医療活動報告

・国連保護地域東部医療供与プロジェクト

●リエカ報告

●モザンビーク難民救援医療活動報告

●ソマリア難民救援医療活動報告

・10月活動報告

・ダル・ハナン報告

●カンボジア救援医療活動報告

●タンコット村眼科診療&母子保健プロジェクト

●AMDA国際医療情報センター便り

●栃木便り

●AMDAカナダから

●本部日記

2

代表 菅波 茂 6

8

9

14

16

28

34

36

42

45

48

54

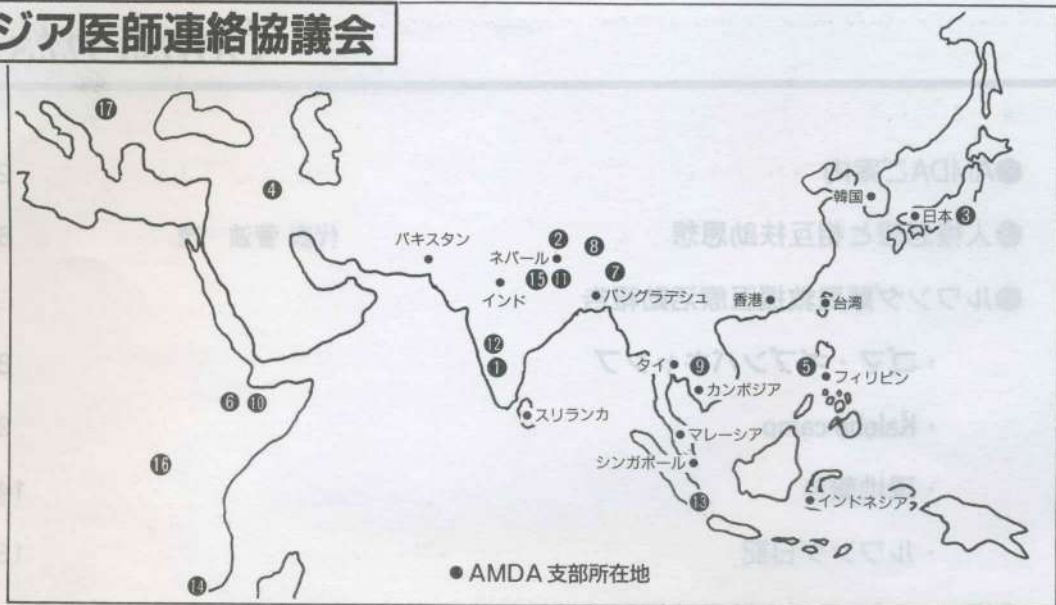
56

66

68

81

アジア医師連絡協議会



AMDAプロジェクト紹介

※現在継続中

アジア多国籍医師団

1993年5月22日に創設。アジアの自然災害や難民等の緊急時に俊敏に対応できる全支部（15カ国）から構成されたAMDAの緊急救援医療部門である。

現在、NGO団体の連合体であるソマリア難民救援チームに参加して活動中。

① インド連邦カルナタカ州無医村地区巡回診療プロジェクト

1988年よりインド支部との合同プロジェクトでアウルベーター医学無医地区巡回診療とアンケートによる住民の受信状況の調査を実施。



② ネパール王国ビスヌ村地域保健医療プロジェクト※

1991年7月からカトマンズ郊外ビスヌ村農村でのネパール支部による地域保健医療推進活動へ巡回用車輛や医師の派遣等日本支部から協力。



③ 在日外国人医療プロジェクト※(東京・大阪)

1991年4月17日にAMDA国際医療情報センターを設立。93年5月より(財)東京都健康推進財団の外国人医療関連事業の委託も受ける。在日外国人をはじめとする関係者からの医療に関する電話相談、受け入れ医療機関の紹介などを実施。



④ クルド湾岸戦争被災民救援プロジェクト

1991年6月よりイラン西部バクタラン州にある湾岸戦争被災民のクルド人難民救援活動に合同委員会メンバーとして2次にわたって医師を派遣。



⑤ ピナツポ火山噴火被災民救援医療 ※

プロジェクト

1991年11月よりフィリピン支部のルソン島ピナツポ火山噴火被災民キャンプ医療活動へ医薬品援助と共に医師及びヘルスワーカーを派遣。



⑥ エチオピア・チグレ州難民救援医療

プロジェクト

1992年2月より日本NGO合同国際緊急救援委員会として干ばつによって難民化しているチグレ州のエチオピア難民に緊急救援活動を実施。



⑦ バングラデシュ・ミャンマー難民緊急医療救援プロジェクト

1991年、バングラデシュ支部と合同でミャンマーから流入してきた難民に対し緊急救援医療活動を実施。



⑧ ネパール国内ブータン難民緊急救援医療プロジェクト ※

1992年5月よりネパール支部により活動開始。現在難民と地元ネパール人民双方を診療する第二次医療センターとしてその地の基幹医療機関の役割を果たしている。



⑨ カンボジア難民本国帰還緊急対応医療プロジェクト ※

1992年7月よりタイから派遣するカンボジア難民に対応した緊急医療活動を実施郡の病院、精神保健医療のプロジェクトを実施。



⑩ ソマリア難民緊急救援医療プロジェクト ※

1993年1月よりケニヤ、ジブチ、ソマリア本国難民救援医療活動を「アジア多国籍医師団」として開始。



⑪ ネパール・バングラデシュ大洪水被災民緊急救援医療プロジェクト

1993年7月よりネパール支部、バングラデシュ支部との合同で実施。緊急医療活動・物資援助・衛生教育を実施。公衆衛生活動の継続中



⑫ インド西部大地震被災民緊急救援・リハビリテーションプロジェクト ※

1993年10月よりインド支部との合同プロジェクト。マハラシュトラ州ソラール地震被災地区でリハビリテーションクリニックプロジェクトを展開。



⑬ インドネシア・スマトラ島南部地震医療プロジェクト ※

1994年2月よりインドネシア支部との合同プロジェクト。被災地区リワ市にリハビリテーションの為のヘルスセンターを再建。



⑭ モザンビーク帰還難民プロジェクト ※

1994年2月よりモザンビーク南部カザ州において救援医療活動を開始。



15 タンコット村眼科診療&母子保健プロジェクト ※

1994年1月よりカトマンズ近郊のタンコット村で眼科検診・診療と母子保健を中心に据えた総合地域保健プロジェクト開始。



17 旧ユーゴスラビア日本緊急救援NGOグループ援助プロジェクト ※

1994年6月より日本緊急救援NGOグループ(JEN)の活動として、クロアチア、セルビアにおいて、救急医療、生活改善指導、職業訓練教育、物資援助等の多方面にわたる援助を行う。



16 ルワンダ難民緊急救援医療プロジェクト ※

1994年5月よりルワンダ東北部ガラマ地区で、国境診療活動のプロジェクト実施。9月より、首都キガリで病院の再建診療活動を展開している。



18 ルワンダ難民救援グループプロジェクト ※

岡山カトリック教会と協力し、ザイル国ではゴマ・ブカバで、またAMDA独自のプロジェクトとしてルワンダ国内では首都キガリで活動している。



AMDA 概要

【理念】 Better Medicine for Better Future

【沿革】 1979年タイ国にあるカオイダン難民キャンプにかけつけた1名の医師と2名の医学生の活動から始まる。

【現状】 アジアの参加国は15カ国。会員数は日本約400名。海外約200名。世界各地で種々のプロジェクト、フォーラムを実施中。

【入会方法】

郵便振替用紙にて所定の年会費を納入してください。平成5年1月より。

- ・医師会員 15,000円
- ・一般会員 7,500円
- ・学生会員 5,000円
- ・法人会員 30,000円

ただし、会計年度は4月～翌年3月です。入会の月より会報を送付致します。

振替先：郵便振替口座「アジア医師連絡協議会：岡山 01250-2-40709」

役員 (AMDA 日本支部)

- 代表 菅波 茂 (菅波内科医院)
- 副代表 小林米幸 (小林国際クリニック)、国井 修 (自治医科大学衛生学教室)
中西 泉 (町谷原病院)、高橋 央 (長崎大学熱帯医学研究所)
- プロジェクト実行委員長 中西 泉 (町谷原病院)
- ソマリアプロジェクト委員長 山本秀樹 (岡山大学公衆衛生学教室)
- カンボジアプロジェクト委員長 桑山紀彦 (山形大学精神科)
- ネパールプロジェクト委員長 山本秀樹 (岡山大学公衆衛生学教室)
- インドプロジェクト委員長 三宅和久 (菅波内科医院)
- モザンビークプロジェクト委員長 吉田 修 (AMDA)
- 旧ユーゴスラビアプロジェクト委員長 高橋 央 (長崎大学熱帯医学研究所)
- ルワンダプロジェクト委員長 大脇甲哉 (愛知国際病院)
- 事務局長 山本秀樹 (岡山大学公衆衛生学教室)
- 事務局次長 津曲兼司 (菅波内科医院)
- 事務局 (常勤) 成澤貴子、片山新子、岡野純子
(非常勤) 岡崎清子、矢部朝子、山本睦子、竹林昌代、高木幸恵 (RRRG)
- 本部
〒701-12 岡山市榑津310-1
TEL 086-284-7730 FAX 086-284-6758
- 東京オフィス
〒141 東京都品川区東五反田1-10-7 アイオス五反田506
TEL 03-3440-9073 FAX 03-3440-9087
代表 中西 泉
所長 友貞多津子
事務局長 夏目洋子、(非常勤) 六本有里
[AMDA国際医療情報センター]
- AMDA国際医療情報センター東京
〒160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1 ハイジア
TEL 03-5285-8086,8088,8089 FAX 03-5285-8087
- AMDA国際医療情報センター関西
〒556 大阪市浪速区難波中3-7-2 新難波第一ビル704
TEL 06-636-2333,2334 FAX 06-636-2340
- 五反田オフィス
〒141 東京都品川区東五反田1-10-7 アイオス五反田506
- 所長 小林米幸 (小林国際クリニック)
- 副所長 中西 泉 (町谷原病院)
- センター関西代表 宮地尚子 (近畿大学衛生学教室)
- 副代表 福川 隆 (福川内科クリニック)
- 事務局長 香取美恵子
- 事務局 田中里恵子/中戸純子/李佩玲/佐藤千夏 (常勤)
横山雅子/庵原典子/岡本香織 (関西センター、非常勤)

今なぜNGO (国際民間協力団体) なのか

人権思想と相互扶助思想

代表 菅波茂

AMDAは1994年5月からルワンダ難民救援プロジェクトをウガンダとの国境近くにあるガラマのヘルスセンターで開始し、岡山カソリック教会とルワンダ難民救援グループを結成してザイル国のゴマとブカブにある難民キャンプで活動を開始したのは9月であった。現在はブカブの難民キャンプとルワンダの首都であるキガリの病院再建を実施している。ルワンダ難民救援活動で現在必要なことは難民帰還支援と周辺国支援である。これらについてAMDAは下記のように考えている。

1) 難民帰還支援について

ブカブの難民キャンプ内で帰還に備えて医療以外の必要なプログラムの準備と実施。首都キガリの病院再建及び支援に加えて帰還受入に必要なプログラムの準備と実施。ブカブとキガリと密接な連携のもとに難民帰還支援活動を実施していきたい。

2) 周辺国支援について

「緊急救援と開発のための国際NGOネットワーク (INNED)」参加ローカルNGOの支援。INNEDは1994年10月20から26日まで開催された国際貢献NGOサミットの岡山宣言で発足したアジア、アフリカ及び環太平洋諸国32ヶ国46団体によって構成される相互理解と相互支援のネットワークである。ルワンダ周辺国の参加NGOはザイル、ウガンダとタンザニアがある。現在彼らにプロジェクトのプロポーサルを準備してもらっている。可能なら1995年度から支援活動を実施したい。

国際貢献NGOサミットの報告書は作成中であるが、現地のローカルNGOの国際NGOの難民救援活動に対する批判には厳しいものがある。現地の詳細な情報は彼らが持っている。彼らの動きは国連機関には反映されない。ここに大きな問題が隠されている。私達はとかく難民にのみ救援活動を思い付きであるが、難民を受け入れている周辺国の惨状にももっと目を向ける必要がある。ルワンダは周辺国よりも豊かな国であった事実も直視しなければいけない。そして保健医活動以外に必要な生活関連向上を要することは多い。NGOだけで解決できることは少ない。もっと専門家の協力が必要である。NGOは専門家との協力体制を確立して運営をはかるのが現実的である。いかにして専門家の協力が得れるのか。NGO自体の問題でもある。NGOのプロフェッショナル化が現実的要求となってきた。

更に問われているのがNGO活動のよって立つ基礎理念である。「人権思想」なのか「相互扶助思想」なのか。理念なき行動は国際社会ではよってたかかってぐちゃぐちゃにされるか無視されるかである。緊急救援活動は「人権思想」が有効であるが、復興活動には「相互扶助思想」が有効である。ただし、ローカルNGOは「相互扶助思想」に立脚した行動していることははっきりしている。AMDAはアジアの特徴である「相互扶助思想」を基盤に行動してきた。岡山カソリック教会とルワンダ救援グループを結成し、共に活動する中で「人権思想」を経験することができたのは幸せであった。

「却下照顧」含蓄の有る言葉である。理念、プロフェッションそしてネットワーク。NGOにとって新しい3種の神器になるのだろうか。

フランスの『全世界文化』から一冊の新聞が届いた。国際社会が何を意図して「介入」をテーマに、二日間論議を重ねた...

主権国家への「介入」討議

平野 新介 (編集委員)

「病気の進行阻む処置は不可欠」 「必要な介入こそ今世紀の教訓」

同リカデミーは、アソシエーションの設立を目的として、ベルギーと協賛作家...

仏フォーラムの記録を刊行



ソマリア・モガディシオでイタリア兵にキヤンデーをねだる子ども=93年6月、AP

第二部では、「介入」といふことの定義や、介入の正当性をめぐって議論が展開された。

「無関心は罪」と訴え

「無関心は罪」と訴え、国際社会が何を意図して「介入」をテーマに、二日間論議を重ねた...

日本流の論理練るとき

西側諸国の新聞に定着し、広く知られるようになった。経済大国でも、政治・外交面では一人取...

かどを主張した。ヨーロッパでは一九三八年のミュンヘン会議が、弱国を助けた例として挙げられている...

メデイアの今後に注文

結論の部で、ウエルト・ニコ氏は、現代化された...

唯一の日本人、川田雅之。東京外国語大学教授。文化人類学者。十九世紀支那の民俗学が、重要な役割を果たしたと述べている...

「介入」といふことの定義や、介入の正当性をめぐって議論が展開された。第二部では、「介入」といふことの定義や、介入の正当性をめぐって議論が展開された。

ゴマ・キブンバキャンプ

AMDAが岡山カトリック教会とともに、ルワンダ難民救援グループを結成し、ルワンダ難民救援活動を始めてから約4カ月が経過いたしました。その間に非常に多くの方々からご支援、ご協力を賜り誠にありがとうございます。

さて以前からご連絡させていただいておりましたが、この度IFRCとの交渉の結果、大筋において合意し、ゴマ・キブンバキャンプのK91サイトを正式にIFRCに引継ぎ、AMDAスタッフによる診療行為を終了いたしました。11月19日にはAMDAスタッフ全員が無事ブカブへ移動を完了し、カレヘキャンプにおいて診療活動を行っております。

現段階で、ゴマ・キブンバキャンプK91サイトでは、AMDAローカルスタッフとIFRCとの協力で引き続き診療活動が行われております。IFRCとの協力関係の詳細については引き続き交渉中ですが、この度AMDAからIFRCへ資金協力として、3000\$寄付いたしました。今後もゴマ・キブンバキャンプにおいてはIFRCとの協力のもと、ローカルスタッフのみの運営による診療活動が継続される予定です。

8月17日にゴマ難民キャンプで診療を開始して以来、主に緊急医療援助を行ってまいりましたが、10月初頭にルワンダ難民救援グループ代表の原田豊己神父が現地入りし、現地のモニタリングを行った結果、現地医療活動の緊急性が検討課題として取り上げられました。10月の時点で、ゴマでは緊急医療を専門とする各国のNGOが現地での活動を終了するあるいはローカルスタッフの運営に移行するなど、現地での医療活動が緊急医療から、次第に恒常的な医療活動へと移行する移行期にありました。そのため当グループにおいても、現地での医療活動について次第に恒常的な医療援助へと切替える必要を感じ、今回ゴマのキブンバキャンプをローカルスタッフのみの運営とし、ブカブ・カレヘキャンプにおいて入院施設の整備等診療所機能の拡充に努めると同時に、栄養失調児を対象としたFood serviceを実施する等、現地での医療活動を恒常的な活動へと移行させて行くことと決定いたしました。

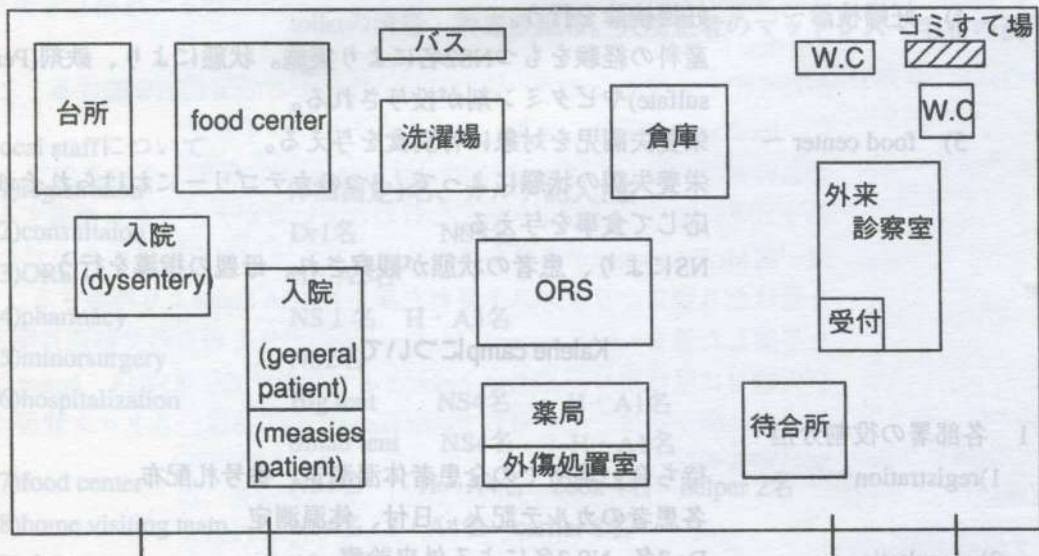
そのため12月下旬には現地での医療活動がより効果的、スムーズなものとするため、単に医療に限定した活動を行うのではなく、医療を支える生活そのものの向上が必要であるとの判断から、衣類を中心とした約1トンの生活関連支援物資をブカブへ搬入いたします。その際現地のモニタリングを兼ね代表の原田神父がブカブ入りし、今後の活動方針を検討する予定です。

今後のルワンダ難民救援グループの活動方針の詳細につきましては、また改めてご報告させていただきます。

■ルワンダ難民救援医療活動報告

Kalehe campについて

- 1 位置 Bukavu市より 66km
- 2 人口 約10,000人(5歳以下1,800人 5歳以上8,200人)
テント数 約1,700
- 3 dispensary 構造



- 4 外来患者の流れ
待合所(全患者体温測定)～受付(カルテ記入・番号札渡す)～診察室(新患はDr診療)～薬局(処方を受ける)ORS、外傷処置室(必要な患者のみ)またはfood center (malnutrition)
- 5 入院患者システム
診療時、入院が必要と判断された場合、すぐ入院テントに送る
入院カルテを作成し、Drの処方がオーダーされる。退院はDrの判断により決定。
- 6 現在の活動状況
 - 1) 外来患者診察～ 患者数約300名。診察後、処方や処置を受けて帰る。
 - 2) 入院施設～ 赤痢患者テント、麻疹患者テント、一般患者テントに分けられる。
Drの毎日の診療により処方処置がオーダーされ
それに従って、NS、Health assistantにより与薬・観察が行われる。
 - 3) 訪問チーム～ A・B・C・Dの4チームを編成

1チームNS 1、social assistant 1、carrier 2の4名でつくられている。

camp内A～D区域に分かれており各チーム各区域を担当する。毎日テントを訪問し、患者はいないか、生活状況はどうか、問題はないかを把握し、衛生面の指導を行う。

この活動の目的は、1.早期に患者を発見し、早期治療にもっていく 2.衛生面の指導を行う、3.生活状況や問題点の把握である。

4) 妊婦検診～

妊婦検診を行う。

産科の経験をもつNS2名により実施。状態により、鉄剤(Perrou sulfate)やビタミン剤が投与される。

5) food center ～

栄養失調児を対象に特別食を与える。

栄養失調の状態によって、3つのカテゴリーにわけられそれに応じて食事を与える。

NSにより、患者の状態が観察され、母親の指導を行う。

Kalehe campについて

1 各部署の役割分担

1)registration～

待ち合い場所での全患者体温測定、番号札配布

各患者のカルテ記入 日付、体温測定

2)consultation～

Dr 3名 NS 3名による外来診療

新患はDrの診察を受けるシステム 番号札回収

ここでORSの必要な患者は脱水の状態によってORS plan A,B,Cに分別される。(カルテに記入)

3)ORS～

外来患者でORSの必要な患者にORSを与える。

registration bookに記入するとともに 時間と摂取したORSの量を記録する。(planによって量を定める)ORSの継続が必要であるにも関わらず、来訪しない患者については訪問チームに名前とテントNo.を伝えて連れてくるシステムをとっている。

4)pharmacy～

外来患者用 与薬方法を説明しながら与薬する。

5)minorsurgery～

外傷処置室 軽傷の場合は registration、consultationを受けずに直接ここにくる。Dr NSの consultationが必要なcaseは registration に送り返す。

6)hospitalization～

Big tentにgeneral patient、measies patient、small tentにdysentery patientを収容している。

毎朝 Drの回診があり、処方がオーダーされる。それに従ってNSが与薬、観察する。

7)food center ～

malnutritionを対象にMilk・ビスケット・unimixなどを直接与

える。毎日各患者の状態、摂取状況を記録する。母親への指導を主な目的とする。

8)home visiting team～ 4team編成、1team、NS1名、H・A1名、carrier2名のメンバーからなる。campがA・B・C・Dの4区域に分けられ、各tentを訪問し、患者はいないか、生活状況の把握、衛生面の教育指導問題点の把握を行う。患者を発見すれば、dispensaryに運ぶシステム。malnutritionのcaseはfood centerに運ぶ。

9)cleaner～ 各tent最低AM、PMに1回ずつ清掃。toiletの清掃・消毒液配布。入院患者のマットレス・毛布の洗濯。

2.local staffについて

- | | |
|----------------------|--|
| 1)registration | 体温測定1名、カルテ記入1名 |
| 2)consultaion | Dr1名 NS3名 |
| 3)ORS | H・A2名 |
| 4)pharmacy | NS1名 H・A3名 |
| 5)minorsurgery | NS2名 |
| 6)hospitalization | Big tent NS4名 H・A1名
Small tent NS4名 H・A1名 |
| 7)food center | NS1名 H・A4名 cook 4名 helper 2名 |
| 8)home visiting team | NS4名 S・A4名 carrier 8名 |
| 9)cleaner | 3名 |
| 11)guard | day 2名 night 3名 |
| 12)interpreter | 5名 (3名 English 2名 French→キニヤルワンダ) |

hospitalization について

<業務内容>

- | | |
|-------------|-------------------------|
| 6:00 | 与薬 体温・脈拍・呼吸数チェック カルテに記入 |
| 8:00 | 夜勤NS1名→日勤NS2名 H・A1名交代 |
| 9:30 | Drの回診開始。Drの処方に応じて与薬点滴 |
| 11:00 | 体温・脈拍・呼吸数・血圧チェック カルテに記入 |
| 12:00～13:00 | NS1名 休憩 |
| 13:00～14:00 | NS1名 H・A1名休憩 |
| 16:00 | 体温・脈拍・呼吸数チェック カルテに記入 |
| 17:00 | 日勤→夜勤NS1名交代 |
| 18:00 | 与薬 |
| 21:00 | 体温・脈拍・呼吸数チェックカルテに記入 |

*夜勤NSは、夜間reportを記録。

Mr.Polepoleが記録をチェックする。

AMDA staffの役割分担

1 pharmacy担当

現在local staff 4名(NS1名 health assistant3名)である。

外来患者の処方を担当する。Dr・NSによる処方に従って与薬しており、first doseは薬局で飲んでもらうようにしている。

かなり忙しい業務なので、処方に従い与薬するlocal staffを助けるとともに、local staffが正確に与薬しているかチェックする。

薬品の管理に関してはlocal staffのMr.Emmanuelに依頼しているので、薬品リストに従って管理がきちんに行われているかチェックし指導する。週一回Mr.Emmanuelが必要な薬のリクエストカードを作成するのでそれを受けたり翌日、リクエストされた薬をAMDA houseより持参する。また与薬した量をweekly reportにMr.Emmanuelがまとめるので毎週月曜及び火曜日に受け取り、AMDA reportとして保管する。AMDA houseの薬のMr.Subbaが担当しているのでpharmacy担当のNSは、ストック管理に関しても手伝う。

2.consultation担当

現在local Dr1名 local NS3名 AMDA Dr・M・Aが2名担当する。

外来患者の診察を通訳とともに行う。診察後、処方し、与薬方法注意事項を出来るだけ患者にわかりやすく説明する。ORSが必要なcaseはplan A・B・Cのカテゴリーに分けORSの説明も加える。

毎日各consultantが患者数をチェックするので、毎日そのチェックしたdaily reportを受けとる。

受けとったreportを元にDr. Pramodがまとめてdairy report、weekly reportを作成し、UNHCRに提出する。入院が必要なcaseは入院施設へ送る。

3.feeding center. home visiting team 担当

現在 local NS1名 local health assistant 2名 cook 4名 home visiting teamに関しては、4teamで16名 consultaionやhospitalizationより malnutritionが送られる。

送られてきた患者を、wtや状態をチェックしmalnutritionの程度により、重度・中度・軽度の3つに分類される。補助食としてMilk、Biscuit、Unimix(ポリッジ)を与える。

また、母親の栄養指導がlocal NSによって行われるので、きちんと指導

できているかチェックする。home visiting team も malnutrition を feeding center に送り camp で母親の指導を担当するので、feeding center と home visiting team の活動を把握する。

毎週土曜日、home visiting team に関する meeting があるのでそれに出席し、staff より camp の状況、問題点を把握し、改善策を staff と話し合う。また、camp での教育・指導はかなり重要な役割となるので camp の状況に応じて、どのポイントにしばって教育・指導していくか staff と話し合っていく。この meeting は毎土 14:30 ~ feeding center local NS Mr. Gratien も出席する。

Mr. Gratien より毎日 home visiting team に関する report を受け取り、AMDA report として保管する。

また、Kitchen で cook がきちんと手洗い、食器類の消毒をしているかチェックする。補助食は、camp 内にある CARE の food distribution のテントより、受けとる。

4. hospitalization 担当 (入院施設)

hospitalization は 2 つのテントより編成される。

大きいテントは、general ward、measles ward、小さいテントは、bloody diarrhea ward とする。各テント NS 4 名 health assistant 1 名の staff で日勤 NS 2 名、夜勤 NS 1 名、1 名は休みで、勤務交代している。午前中、Dr の回診があるので必ずそれについての Dr のオーダーが正しく、local NS が理解し実施されているかチェックする。

できる限り、local staff にすべてまかせ、実際に看護行為をしてもらう。AMDA NS は、指導的立場で働く、勿論忙しいときは手伝える。

現在、local NS staff はまだ要領よく仕事できていないので、その点をサポートし、彼らが自分たちで責任を持って仕事していけるよう意見交換しながら、話しあっていく。

入院で使う医薬品や物品の管理は Mr. Pole Pole が担当しており、必要物品のリクエストカードを作成するので、それを受けとり、AMDA house より翌日、持参する。

常に local staff がきちんとした手順・手技で看護行為ができているか確認し、指導していくこと。

毎日入院患者数・新患数をチェックし、report を作成する。夜勤 NS が毎日夜間 report を記録しているので、それにも目を通す。cleaner に、最近 1 日 2 回テント内を清掃するよう依頼されているが、きちんと清掃されているかチェックする。また、それ以外でも汚れていれば清掃するよう依頼する。退院後のマットレス・毛布も cleaner によりきちんと洗濯されているか確認する。

■ルワンダ難民救援医療活動報告

ルワンダプロジェクト委員長 大脇甲哉

1994年9月中旬、ガラマ病院をベルギー赤十字に引継ぎ、さまざまなトラブルを抱えていた病院再建プロジェクトは、厚生省・ユニセフとの交渉から始まり、数ヶ所の病院を調査した後、11月14日ルトンドヘルスセンターの再建を行う事を厚生大臣との間で正式契約し、11月21日診療を開始した。

又、現地の道路と自動車の状態が劣悪な為、アラコ株式会社とトヨタ自動車株式会社より1台ずつランドクルーザーを寄付していただいた。以下にその経過を報告する。

9月19日～10月1日 : 国際医療協力紙 vol.17 No.11参照

10月1日～11月18日

- 10月 1日(土) ルワンダより帰国
- 10月 4日(火) 本部に帰国及びキガリ状況報告
- 10月 8日(土) 本部にて拡大執行部会議
- 10月11～13日 ルワンダ南西キブ湖畔にあるKIBOGORA病院の調査
- 10月14日(金) アラコ株式会社社長武本氏に寄付のお願いをする。
- 11月 2日(水) 愛知国際病院川原院長・高井事務長 トヨタ自動車株式会社に寄付のお願いに行っていた。
- 11月 3日(木) ゴマ事件
- 11月 4日(土) アラコ株式会社よりランドクルーザーを受け取る。
- 11月6～13日 菊地、Dr. ナビン ナイロビで薬品等購入
- 11月14日(月) 厚生大臣 Dr. Joseph KAREMERA との間にルトンドヘルスセンター再建の正式契約
- 11月16日(水) Ns. トニー、Ns. カビオラ ゴマよりキガリに移動
- 11月18日(土) トヨタより ケニア製のランドクルーザー寄付の内諾を受ける。

11月20～12月3日

- 11月20日(日) 7時40分名古屋空港発(ANA376)、8時40分成田空港着、13時30分成田空港発(BA008)
- 11月21日(月) 3時30分ロンドンヒースロ空港着。7時30分ヒースロ空港発(BA069)、16時(現地時間10時)ナイロビ着。Mr. ラザック出迎え、Ns. 歌川と合流。国際協力事業団(JICA)オフィス、ルワンダ難民救援国際平和協力隊(自衛隊)オフィス訪問。ナイロビオフィス泊、本部にレポート(No 1)ルトンドヘルスセンター(H. C.)開所、外来66名。
- 11月22日(火) 10時ナイロビ発(ECHOフライト)、11時キガリ着。Mr. 菊地出迎え、13時ルトンドH.C.着、外来103名。

- キガリオフィス泊。
- 11月23日(水) ルトンドH.C.、外来102名、入院6名、分娩1、縫合1、本部へレポート(No.2)
- 11月24日(木) 現知人の助産婦を雇う。
ユニセフ訪問。
空港でナイロビから空輸した薬品受取り。
外来140名、分娩1、本部よりTEL.
- 11月25日(金) ランドローパー パンク、タクシーでルトンドH. C. へ行く。
幼児死亡(肺炎)、診療所運営会議、外来134名、本部へレポート(No.3)。
ルワンダ国民再融和支援委員会来訪。
- 11月26日(土) 10時空港へ、15時まで待つがブカブ行き UNHCR(国連難民高等弁務官事務所)機に乗れず、レンタカー予約。
外来80名、
ドキュメンタリージャパン来訪。
- 11月27日(日) 6時レンタカーでブカブへ向かう。11時ブカブ着。Mr. 佐倉に会い送ってもらい14時ルイロオフィス着。ルイロ泊。
ドキュメンタリージャパン ガラマ撮影(菊地)
- 11月28日(月) 7時ルイロオフィス発、カレへ難民キャンプの診療所訪問。12時ブカブ発12時30分事故。UNの車、バスを乗り継ぎ20時キガリ着(ブカブより田所氏同行)
ドキュメンタリージャパン、ルトンド撮影。
外来175名。
- 11月29日(火) ルトンドH.C.外来86名、入院3。
ナイロビ行き UNAMIR フライトを予約するも、キャンセルされる。
ナイロビのラザックにTEL.
- 11月30日(水) ECHOフライト予約、レポート作成。外来95、入院1、
Dr.フセイン ナイロビ着。
- 12月 1日(木) 12時キガリ発(ECHO)、Dr.フセインキガリ入り。
田所氏ブカブへ。
15時ナイロビ着。16時30分トヨタケニアオフィス訪問。
23時55分ナイロビ発(BA066)
- 12月 2日(金) 6時ロンドン着。14時ロンドン発(BA021)
- 12月 3日(土) 11時30分名古屋空港着。

■ルワンダ日記

1994年10月20日～12月3日

10月20日～21日(日～月)

4時50分起床、5時15分タクシーで名古屋空港に向かう。昨夜準備を終えて寝たのは3時半だった。7時40分名古屋空港発(ANA376便)成田で乗換え(SAPPORO)、英国航空チェックイン。預け入れ荷物の重量50kg(30kg超過)交渉して10kg分の超過料金を支払う。(¥118,000)出国手続きに1時間かかる(KIRIN)、13時30分成田空港発(BA008便)(RUDDLES COUNTY)機内で5時間ぐっすり寝る。

3時30分(成田より14時間)ロンドンヒースロー空港着、乗換え(BECKS)7時30分ヒースロー空港発(BA069)16時(ケニア時間10時、成田より27時間)ナイロビ着。AMDAナイロビオフィスのラザックが迎えに来てくれた。ルワンダに一緒にいる看護婦の歌川さんと合流し、ナイロビ滞在中の中村さんと会い昼食をとる。(THASKA)

国際協力事業団(JICA)のオフィスに行き、進藤さん、井上さん、畝(たんぼ)さんらに会い、ルワンダ情報収集。

同じ UNHCR(国連難民高等弁務官事務所)の職員でありながら、ルワンダ国内で働く人とザイールの難民キャンプで働く人との間に考え方の違いがあること、新政府側と旧政府側の立場に別れていること。畝さんはルワンダ・ブルンジ担当だが、しばらくナイロビにいなかった為、新しい情報を持っていないこと。

今まで我々のプロジェクトの資金は進藤さんの個人口座に日本から送金し、それを彼女に銀行からおろして来てもらい JICA 事務所でキガリ、ゴマ、ブカブの各々の担当者がお金を受け取っていた。このシステムでは一方的に進藤さんに迷惑をかけることになるし、我々にとっても統一した資金管理ができない。

今回 AMDA ナイロビオフィスができたので、お金の管理はナイロビオフィスで統括して行うことにした。現在ナイロビで AMDA の口座を開くことが難しい為、今までどおり進藤さんの口座を使わせて頂くが、金の引き出しは AMDA のスタッフが進藤さんに書いてもらったチケットを持って銀行に行くことにした。進藤さんに今までの御礼を言った。

ルワンダ難民救援国際平和協力隊(自衛隊、インターコンチネンタルホテルNo.546)を訪問し、高田二等空佐と面会、ゴマの件で御礼及び迷惑を掛けたことにたいし御詫をした。またゴマの安全性についての情報収集をした。

我々は現在ルワンダの首都キガリとザイールのブカブで活動しているが、紛争勃発時には旧政府軍がルワンダ国内に侵攻してくると思われ、まず危険になるのはキガリであり、ブカブ側はスタッフが避難するまで時間の余裕があると思われる。緊急時、通常通りキガリから空路ナイロビに行けなくなった場合の脱出経路として、まず陸路ウガンダの国境の街カバレに向かう方法があるが、現在紛争の起きている可能性の高い地域はルワンダ東部のタンザニア国境と北西部(ゴマ周辺)のザイール国境である。又首都キガリで同時に武装蜂起する可能性もあり、ルワンダにとって生命線であるキガリ-カバレ間の国道は空港と同じく占拠又は封鎖されるかもしれない。又道路は避難の車で大渋滞が予想される。したがってキガリのオフィスは UN の指定する避難場所で待期するのが最も良い方法と考える。キガリ周辺には約100のNGOが活動しており、国連の関係者も多数いる為おそらく短期間で救援機が来るだろう。

以上のことはキガリ入り後菊地さんはじめスタッフ全員に確認しておいた。旧政府軍の

侵攻がいつなのかは全くわからないし、いつ起きてもおかしくない。噂では来年1～2月という話もある。

菊地さんは4年前の内戦時キガリから最後の飛行機で脱出した経験のある人なので、緊急時の判断は彼に一任しておき、私は非常事態が発生したらナイロビまで出てくると約束した。

ブカブから自動車を調達に出てきている佐倉さんと会い、車は購入せずトヨタケニアから寄付してもらう車をブカブで使用して欲しいと話した。夕食（インジェラー…酸味のある巨大なパンケーキ、TEG…蜂蜜から造ったワイン）後、ラザックとナイロビオフィスの役割・立場について話し合った。ナイロビオフィス泊。ベットルーム2、ベット4、リビング、台所、バスルーム、シャワールーム、Fax、安全性良好。

11月22日（火）

8時40分ナイロビ空港着、道路はかなり混雑する ECHO（European Community Humanitarian Office）のフライトカウンターでチェックイン。私と歌川さんの荷物を併せると120kgあった。正式には1人当り15kgとなっており、係官は2人で50kgまでは良いと言ってくれた。やむなく一番重い私のトランク（医療器具が詰っている）を残しておくことになった。後でラザックに送ってもらう。

ソ連製の輸送機に11人の「乗客」、「スチュワード」1人、飲み物とパンのサービスあり、無料である。ECに感謝する。

約2時間でキガリ着、菊地さんと再会。オフィスに荷物をおき、ルトンドヘルスセンターに向かう。オフィスから車で40分、そのうち30分は荒れた未舗装路、乗用車や2輪駆動車ではきつい。高台の畑の中にルトンドH.C.はある。綺麗に手入れされた庭には花が咲き、屋根や壁もほとんど破壊されていない。ナビンやトニー、ベスも働いている。

昨日診療開始したばかり、南東に面した病棟が2棟、52床（うち産科14床、個室3床）ベッドフレームはすべて揃っており状態は良いがマットレスは3つしかない。毛布もない。外来診療室1、分娩室1（分娩台2）、薬局、小外科診察室、消毒室、倉庫、スタッフルーム、集会室が1つずつある。トイレ8（水洗5）シャワー3。壁の状態は良好で修理不要、天井も小さな穴が3ヶ所だけ、窓ガラスの破損は全体の2割弱、ドアとカギはすべて破損またはカギが紛失、水は一部の蛇口から出る。水洗トイレの水はでない。電気：ソーラーシステム（本体はないが配線と電球は大体残っている）、家具（椅子・机）も残っている。この病院の状態は今まで見たり考えていたものと比べると格段に良い。盗難されたものも少ない。

この病院の裏手にはチャペル、シスターの宿舎、神父の住居、あと2つ大きな建物がある。十字架とキリストの像が病院のいたるところに飾ってあり、教会と病院が同じ敷地内にある。おそらくカソリック教会が建てた病院であり、地域の住民が教会関係者が誰もいなくなってからも大切に守って来たのだと思う。

5日前に看護婦のトニーとベスが来てから、それまで菊地さんと2人きりで暗かったナビンが彼女たちの明るさにつられて陽気になってきたらしい。

ルトンド病院 Dr. Mr. Navin Kumar Thakur, Ns. Ms. 歌川, Ns. Ms. Toni ARANA

のスタッフ NS. MS. Florevic, Gaviola, Coordinator Mr. 菊地和雄, 以上 AMDA

Local staff は assistant medical 2名、maternity nurse 1名、nurse 1名、assistant

nurse 1名、Labo-technician 1名、assistant 1名、GUARD MAN & sweeper 1名

11月23日(水)

5時起床、15℃、9月より少し涼しくなっている。9時ルトンドH.C.着、50名の患者がすでに待っている。分娩も直前にあり baby が生まれたところだった。アシスタントメディカル(医者と看護婦の中間の存在)のアルフォンスが baby を取り上げ、トニーがその後の処置をおこなった。胎盤は無事出たが子宮壁との付着部がまだ剥離しない。私も手伝うが壁との癒着が非常に強い。この患者は30才で6回目の出産であり、そのうち4回流産している由。用手剥離を試みるが剥離不可能。皆で相談してキガリ中央病院に転送することにした。菊地さんとトニーが送っていった。

その後下腿の挫創の患者の縫合を行うとすでに昼過ぎになっていた。バナナとパンの昼食を摂り、午後の診療を行い、終了は15時。本日の外来患者数102名、(分娩1、縫合1)、入院患者6名、ナビンによると外来患者の半数以上がマラリアの可能性ありとのこと。外傷・皮膚疾患は比較的少ない。診療活動と並行して窓ガラスの修理を始めている。

午後転送した分娩の患者がもどってきた。歩いて帰宅しようとしており驚く。

H.C.の環境問題として汚物の処理、焼却設備、生ゴミの処理の問題がある。検査技師がおり顕微鏡は必要であり、少なくともマラリアと結核菌検査、尿検査は施行したいと思う。又ソーラーパネルがつけば冷蔵庫使用が可能となりワクチンプログラムも可能である。

幸運にも教会の裏には学校があり子供達を集めやすい。

今朝、ラジオジャンプの「朝のコラム」でたまたま菅波代表が話をされているのを知った。「我々NGOの海外協力の活動にとって、現地のNGOと手を組み協同して仕事をしていくことが重要だ。」という内容だった。ルワンダでもできれば地元NGOと手を組みたいと思っている。プロジェクトがあとどれくらい続くのかまだ決まっていないが、終了時にルワンダ政府はおそらくまだヘルスセンターに援助を行うほど経済的に立ち直っていないだろう。その場合、我々の後にヘルスセンターに対して人的・資金的援助をする団体に引継ぎをおこなうことが望まれ、このルトンドの場合はLocal NGO か カソリック教会がその対象になると考える。

アラコから頂いたランドクルーザーは1月末キガリで受け取れる目途がつき喜んだ。

11月24日(水)

今日はスタッフをH.C.に送ってからユニセフのメディカルコーディネーターのDr. LUKに会いに行くがアポイントをとってあったにもかかわらず多忙で会えなかった。しかしハリビテーションプログラムコーディネーターが我々の話を聞いてくれた。マットレスと毛布の調達(キガリでは非常に高価)が困難であり協力を依頼した。その後空港の税関で今日ナイロビから届いた薬品の受取りをしたが、なかなか時間がかかった。午後病院にもどる。外来患者140名、分娩1。UNHCR でプカブ行きを予約した。

11月25日(金)

昨日ランドローバーがパンクしてしまった。スペアタイヤがない為修理工場に行くが休み。しかたがないのでH.C.往復の為にタクシーを雇う。2往復で15,000Rfr(1USD=240Rfr)

内科・小児科の患者はナビンにまかせ、ガーゼ交換と外傷、関節炎の患者を診察する。又倉庫の中には直径1mの薪燃料の煮沸消毒器がある。まだ充分使えるベビーベッド2、尿器5、便器5があり、それを洗ってもらった。

肺炎で発熱した幼児が入院後まもなく死亡した。注射をうったのだからもう手遅れだったのか、自分も入院後診たのだが、致命的な状況であるとの判断ができなかったことを深く反省する。今後入院患者が増えてくるので病棟の看護体制を充実させるにはどうしたらいいのか？現在のスタッフでは午前中は外来患者で手一杯になり、なかなか病棟を見に行けない。診療終了後スタッフ全員でミーティングを行った。今後の反省として診療開始と終了時には全員病棟を見回ることにした。

又7km離れたところにディスペンサリーがあり、その産科看護婦がこちらで就職することを希望しているという。もともとそのディスペンサリーは、このH.C.が面倒をみていたものらしい。中心の人間をこちらで雇ってしまえば向うが困ると考えられる為、スタッフ全員をこちらで雇い、一時的にディスペンサリーを閉鎖し、H.C.の運営が軌道に乗り、スタッフが増えればまた再開すればよいのではないかという結論になった。厚生省との交渉を菊地さんに頼んだ。

夜、ルワンダ国民再融和委員会のメンバーが先日会ったエトーさんと一緒にオフィスに来られ話をした。

11月26日(土)

ブカブ行きのため、空港で午前10時から5時間待つもフライトに乗れず、しかたがないので、運転手付きでレンタカーを借りた。(2日間、ブカブ往復600kmで450USD)

ドキュメンタリージャパンの取材班がオフィスにみえた。ガラマ、ルトンドH.C.の撮影を了解した。又11月25日にゴマで起きた発砲事件の情報を聞いた。

11月27日(日)

6時レンタカーでブカブに向け出発。道路の舗装状態は良く快適なドライブ、ブタレ(131km)の町の手前に立派な博物館がある。帰りに見たいと運転手に話した。8時ギコンゴロ(160km)、この街の周辺は警戒が厳しくPKOも検問を行っていた。この街にはUNの基地があり装甲車も配備されており、治安の悪いルワンダ西南部警備の中心となっている。ここまでRPA(Rwanda Patriot Army、新政府軍)による検問も6ヶ所あり、すべて荷物を開けさせられた。又この街の周囲には被災民(国内難民)の小規模なキャンプが数ヶ所点在していた。

道路は次第に高度をあげ、森林地帯に入っていく。まるで日本の山岳道路を走っているような美しい景色(最高地点2,500m)。1時間で森林地帯をぬけると今度は茶畑が目の前に広がる。ここの紅茶はMATA TEAとして有名らしい。あちこちに製茶工場がある。家と住民が見えなければ、風景は日本そのものである。

10時チャングー(290km)着。キブ湖が美しい。ザイル国境通過に1時間かかる。治安維持費や関税と称し40USDとる。ワイロも露骨に要求してくるが、運転手ともども断固拒否した。普通はザイルでは金を払っても領収書は出さないが、この運転手はねばり強く交渉し出させた。とても好感のもてる人だった。

国境で乗せたザイル人をブカブまで乗せてやるかわりにAMDA オフィスを教えてもらう。

ナイロビオフィスも、ブカブオフィスも住所も電話番号も知らずに訪れようという、無謀というか(本部の怠慢というか……、まあ私から本部に尋ねなかったのが悪いと言われればしょうがないが)なんというか、とにかく無事ブカブオフィスに到着。佐倉氏と少し

話をし、ルイロオフィスに向かう途中AVN（アジアボランティアネットワーク）の田所さん、渡辺さん、ムナカタさんと会う。彼等はブカブ近郊にあるパンジーという旧政府軍が中心のキャンプで診療活動を行っており、旧政府軍の動向に関する詳しい情報をもっている。

UNHCR は彼等（旧政府軍）を国境からもっと離れた地域に移そうとしているがなかなか動かないという。先日キガリを訪れたエトーさんの話ではかえって国境に近づきつつあるという微妙な情勢であり、UNHCR もNGOに対し数段階の状況に分けて避難方法を伝えているという。

京都大学霊長類研究所の山極教授の御好意で先生の車を2台（以前は家も）使用させていただいているが、その車でブカブから1時間半かかり山の中腹（2,000m）にあるルイロキャンプに行く。とても涼しくキブ湖を見下ろす眺めが素晴らしい。

メディカルコーディネーターの RAMESH をはじめ小林さん、山田さんらと話す。新しいメンバーリストを見せ、プロジェクトに対する彼等の考えを聞いた。夕食は平野さんと和気さんの送別会と私の歓迎会ということで大いに盛り上がった。チームワークが良い印象を受けた。ルイロのオフィスはローカルの通訳1人を含めスタッフ12人、私を入れて13人が泊まっているが、まだまだ余裕がありまだ泊まれる程大きな家である。

11月28日（月）

7時ルイロオフィスを出発、カレヘキャンプに向うが途中雨が降り、非常にぬかるんだ道で2時間かかりキャンプの診療所に到着。早急に新しい4輪駆動車が必要だ。診療所の難民のスタッフからキガリの様子をいろいろ聞かされた。駆足で診療所をみて40分後ブカブに向う。11時20分ブカブ事務所着。約束の10分前だが運転手はもう来ていた。非常に信頼できる人物である。JVNの田所さんがキガリを見たいというので一緒にブカブ発。

12時30分チャングーグーから20km付近、茶畑のある集落の中で右カーブの道を走っているとき、突然ガクッと衝撃を受け、コントロールを失った車は真っ直ぐに石の壁を突き破って土の壁に当たって止まった。

幸いに3人とも無事で外に出てみると左前のサスペンションが抜け落ちていた。

偶然通りかかった UN の車に乗せてもらい、ギコンゴロまで来た後、バスを乗り継いで8時キガリのオフィスに戻ってきた。

本日はルトンドH.C.をドキュメンタリージャパンが撮影し、外来が175名もありテンテコ舞いしたとのこと。

11月29日（火）

ルトンドH.C.へ、外来86名、この数だと余裕をもって診療可能である。UNAMIRフライトを午前予約したがキャンセルされ、明日ナイロビに行けなくなってしまった。ナイロビオフィスのラザックに電話し謝る。

11月30日（水）

朝、ECHOに行き、ナイロビ行きを予約。

片山さんから12月5日の国際医療協力誌の原稿締切りに私のレポートを間に合わせるよう悪魔のような命令がFaxで送られてきたため、本部の指示に従順な私はオフィスに籠って原稿を書く。H.C.の外来95名。

12月1日(木)

12時キガリ発(ECHOフライト)15時ナイロビ着。本部に取ってもらったビザが single use のため、一泊もナイロビでしないのにトランジットビザを取るため1時間も待つはめになった。ケニアは必ず2回入国するのになぜ single を取ったのか?この後すぐにトヨタケニアで車の受けとりの打ち合わせをする筈になっていたためイライラした。

4時30分トヨタケニアオフィスに行く。マネージャーは多忙のため会えず。ラザックによると、この国で寄付を受けること、車をザイルまで輸送することは非常に難しい、と昨日トヨタの関係者から伝えられたとのこと。ぜひ直接会って話したかったのだが。

JICAの井上さんの旦那様がアフリカ生活が長く、いろいろ詳しいとのこと、電話で伺ったところ、ケニアとウガンダでKGナンバー(仮ナンバー)を取ってザイルまで陸送のが良い方法だと思うが、仮ナンバー取得手続きが非常に複雑で、陸送時国境通過に2～3日かかることもあり、安全性に問題があるため、AMDAのメンバーは同行しない方が良く、手続きも輸送も専門業者に任せたほうが良いとのこと。

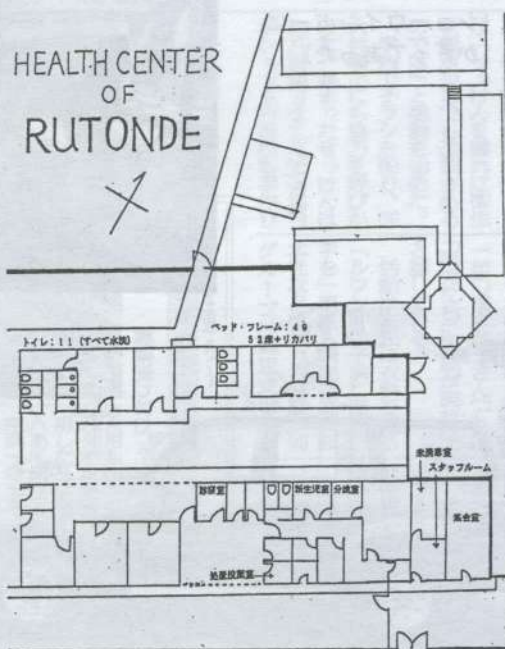
23時55分ラザックの見送りを受けナイロビ発(BA066)

12月2日(金)

6時ロンドンヒースロー空港着。8時間の乗換え待ちの間にビール(6X.Scotch bitter)を飲みながら原稿を書く。酔いが進むうちに本部に対してシビアなことを書いている自分に気付くが、帰国後2日で原稿を出せという方が悪いと、そのまま筆を進める。14時ヒースロー発(BA026)

12月3日(土)

11時30分 名古屋空港着。



～車輛寄贈のお礼～

事務局 片山 新子

この度、豊田市のアラコ株式会社とトヨタ自動車株式会社よりそれぞれプロジェクトの為に車輛を頂くことになりました。

アラコから頂いたランドクルーザーは寄贈の話し受け、その一週間後には愛知国際病院勤務の大脇先生（ルワンダプロジェクト委員長）のもとに届くというハイスピードでありました（緊急救援の為）。その上アラコ株式会社総務部の清水英之様にはルワンダ、キガリまでの輸送の手続きまでして頂き、何から何までお世話になりました。ここに深くお礼を申し上げます。頂いたランクルは先日無事出国手続きをすませ、今頃は広い広い海の上。来年1月には現地が届くとのこと、参加しているメンバーの喜ぶ顔が大変楽しみです。

また、トヨタ自動車からはトヨタ・ケニアにある事務所から直接ナイロビで車輛を頂くことになりました。この車はザイルのルワンダ難民キャンプの活動車として役立させて頂きます。

アラコ株式会社、会長 武本道一様、トヨタ自動車株式会社、社長 豊田達郎様、総務部 池上博身様には厚く感謝申し上げます。

トヨタ・ケニアにある
ランドクルーザー
(ショーウィンドーに
かざってあった)



アラコ株式会社より頂いた
ランドクルーザー

ルワンダに届け「メリーメラス」

ノートルダム清心女子大生 難民孤児にせっけん

難民の孤児にせっけんの「GO」をつくる「ルワンダクリスマスプレゼントを」と、岡山市伊福町のノートルダム清心女子大の学生十人がせっけんやタオルを集め、ルワンダ難民に贈る。同市内の民間活動団体「N」の協力を得て、クリスマス

「GO」をつくる「ルワンダクリスマスプレゼントを」と、岡山市伊福町のノートルダム清心女子大の学生十人がせっけんやタオルを集め、ルワンダ難民に贈る。同市内の民間活動団体「N」の協力を得て、クリスマス



ルワンダへ贈るポシェットにクリスマスカードを入れる学生ら

細心性の下痢やマラリアなどに苦しむ孤児も多かった。報告を聞いた学生たちは「せっけんを贈れば衛生状態が少しでも改善されるのでは」と活動を始めた。学内でチラシを配り、同大付属小にも協力を呼びかけた。集まったせっけんは約八百個、タオルは七百枚、ポシェット六百枚も手作りした。フランス語で「クリスマスおめでとう」と書いたカードも入れた。文学部一年の橋本晶子さん(21)は「孤児たちが笑顔が戻れば」と話している。

活動は難民に衣料を贈る「ルワンダの子供に温かい手」事業(読売新聞大阪本社など後援)の一環。同グループは難民支援の募

衣料を送ろう ルワンダの子供に温かい手を



ルワンダ内戦や虐殺の結果、多くの難民が高地でのキャンプ生活を強いられる。今は雨期で、暑さのないままめれた衣服がないため、子供を中心に肺炎などに苦しむ人が増え始めている。難民の子供たちの命を守るため衣料と現金を募ります。

募集受け付け 7年3月末日まで
 人用も包、おまけ新品のタオルを受け付け。使用した品は必ず洗濯を。あて先 千歳四宮市西宮一の三九、日光物産内 日本救援衣料センター「ルワンダ救援保」(06・271・4001)まで。
 【現金】現金書留、または郵便振替でお寄せください。〒112 岡山市 楠津三〇の二、ルワンダ難民救援グループ。郵便振替は「01200002153325」ルワンダ救援基金(通信欄に「読売」と明記)。
 【問い合わせ先】同グループ(0660・840006)まで。
 【主催】ルワンダ難民救援グループ
 【後援】外務省、読売新聞大阪本社、読売テレビ
 【協力】日本救援衣料センター

患者
車載者以外お断り
平塚ちん

「救援にまた出かけた」

車強奪以外は順調 平野さん

ザイルから帰国し報告会

患者治療、日に300人 和気さん

ザイルでのルワンダ難民救援活動から帰国した非政府組織(NGO)「ルワンダ難民救援グループ」(原田豊三代表)のコーディネーター、平野恭助さん(左)と看護婦の和気一栄さん(右)が6日、岡山市内で帰国報告会を開いた。平野さんは十一月初めにトラックが奪われる事件に遭遇したが、「また救援活動に行きたい」と抱負を話した。



平野さんは十一月二日にゴマに入り、アジア医師連協協議会(AMDA)の医師らとキブンバキャンプで活動した後、十九日プカブに移り、国連との交渉などにあたった。「トラック強奪に危険を感じ、その後も銃声を聞いたが、プカブでの活動は順調だった。医師のあらゆる要望に対処するのが、自分の課題だと思う」と話した。

ふだんは天理教連竹分教会で働いており、実際に海外でNGO活動に参加する(これからも機会があれば出かけた)と話す平野さんと和気さん(岡山市権津の菅波内科医院で

で約一カ月、AMDAも現地の医師、看護婦と二、三百人の患者の治療を精げた。「難民のテント生活の中で初期医療が充実していったことに感心した。現地スタッフもじつかり、やればできる」と話した。「難民のテント生活の中で初期医療が充実していったことに感心した。現地スタッフもじつかり、やればできる」と話した。

国によって命の値段が違う"…と思えて 胸が押しつぶされそうになった



ルワンダでの貴重な体験を糧に、山田さんはお年寄りの看護に面む。

胎盤剥出をする手がふるえた。
新しい生命の喜び…、
涙がとまらなかつた。

この日、診療所がわいた。現地スタッフのひとり、
「この子をA.M.D.A.って名づけてよ」とい

った。感動の涙の中で、山田さんは、しみじみとキャンピングに

来てよかったと思つた。
人々がひしめく難民キャンプでは、刻一刻、生と死は裏腹に繰り返される。どうすることもできない現実であつた。

9月1日 この日は、とてもせつない日だつた。朝一番に担ぎこまれた女性がいたが、妊娠5か月から出血がじわじわ続いていた。

昨夜より多量の出血があり、看護士のジョーンが血管注射をし、血圧昇化剤を打ち、医師を呼んだ。すでに浅い呼吸…、私たちが見守る中、彼女は息を引きとつた。

ザイルの看護婦さんが、エ

ブロンで亡骸を包んであげた。
「苦しかったでしょう」と、そのやさしい声が診療所に響いた。

その夜、山田さんは、なかなか眠れなかつた。流産で亡くなった女性の顔が、胸に焼きついてた。「私はまだ結婚してないから、彼女の本当の悲しみやつらさはわからないけど、おなじ女性として、とても衝撃的でした。」

看護婦としてこれまでたくさんの人たちとの別れの場面を経験したけれど、なんだか初めて患者さんを亡くした日のような気がして…。そして、こう思つたんです。

「国によって命の値段が違う」と。そのことが、ひしひしと胸に迫つて、胸が押しつぶされそうになつたんです」

1か月の任務を終えた山田さんは、9月4日、キンバ・キャンピングに別れを告げた。ナイロビ空港から飛び立つとき、山田さんのところは複雑だつた。

「たつた1か月で、私には何ができたのか。本当はもっとキャンピングに残っているべきだつた…。もう一度、戻りたい。人間として看護婦として、そう後悔しました」

いま、山田さんは、病院に併設されている老人ホームで、お年寄りの世話をすることもある。仕事の合間、ふと、ルワンダ難民のことが胸をよぎる。

「短い期間だつたけど、何もない極限状態でも、やろうという気持ちになれば、人間、何かをやるんだということを知ることができました」

そのことを無駄にしないで、毎日の仕事に励まなくちゃと」

山田さんは、自分について聞かせるように語気を強



募金のお願い
みなさんのご支援を難民キャンプの医療活動に役立てます。
郵便振替 0125002
40709 アジア医師連絡協議会

★ルワンダ 現地報告

この現実をしっかりと
見つめてみませんか!



子供たちとの交流に心がなごむ日もあった。(写真/飯田勇)



「国によって命の値段が違うなんて許せません」と語る、山田緑さん。

テントの柱となる木を選び、山田さんの汗を流す日々が始まった。5日め、水浴のため風邪をひき、早くもダウンしてしまっただけで、精神的な状況に打ちのめされて、精神的な反応で寝込んでしまったんです。自分のからだのコントロールもできないやつに何ができる。と、渋谷先生(医師)にいわれ、よくやしい、絶対に負けないぞ、と、唇を噛みめしました。

そして、その夜、山田さんは恐怖の体験をすることになった。借家のすぐ近くでザイル兵が発砲をしたのだ。

8月13日 約1時間あまり機関銃のものすごい音で、鳥肌だらけになり、もう少しでオシッコを漏らしてしまいうさだかだった。ザイル兵は赤十字国、もう半年以上も兵士に給与を払えなくなっており、民間人を兵士が脅かしてお金を巻きあげているのだ。

38度近い熱をおして、翌日から山田さんは、医療援助の仕事に立ち向かった。山田さんの仕事は、やってくる難民の氏名や症状を聞き、医師に回すかどうかの判断から薬選びまで幅広い。

そして大変だったのは、穴を掘っただけのトイレを見て回ることもあった。というものの夏、難民キャンプでは、コレラで1日に1000人も人が死んだ。いまはどうか鎮静化したのが、かわって猛威をふるっているのが赤痢だといふ。

「診療所にやってくる難民の8割近くが下痢でして、便の検査をするために、道路の反対側に掘った穴でしてもらいます。そのたびに私は穴をのぞいて回ります。もう山のようになっている便をかきわけ、鼻をつまみながらの検査でした。もうほとんどが粘液血便で赤痢でした」

山田さん自身、予防注射を受けてはいたが、赤痢にからなかつたのが、不思議だったという。赤痢のはかに怖いのはマラリア、疥癬、

ち向かった。山田さんの仕事は、やってくる難民の氏名や症状を聞き、医師に回すかどうかの判断から薬選びまで幅広い。

そして大変だったのは、穴を掘っただけのトイレを見て回ることもあった。というものの夏、難民キャンプでは、コレラで1日に1000人も人が死んだ。いまはどうか鎮静化したのが、かわって猛威をふるっているのが赤痢だといふ。

8月27日 本格的な雨季になりつつあることも災いし、肺炎の患者が増える。夜帰ってミティンクをする。いくら抗生物質を投与しても、この寒さと低栄養ではどうしようもない……。話はそこに行きつき。

赤十字が毛布、ビスケットの配布を始めた。だが絶対数が不足しているため、思うように届かない。今夜も雨が降り続き寒い。きつと今夜も、神のお告げを受け取る人が増えているだろう。

難民の女性の苦悩 に感動! 涙!

毎朝5時半に起き朝食や昼食をつくり、バケツ1杯の水でからだを洗い、洗髪することにも慣れなれない不慣れた医療活動は、もどかしくてやりきれなくなることもあったが、胸が熱くなる日もあった。

8月28日 難民の女性が駆け込んできた。すぐにも赤ちゃんが生まれる状態だ。何もないここ

A.M.D.Aの診療所でお産が始まった。

現地でザイル人の看護婦さんを4人雇ったが、私は彼女たちの手さわりのよさを奪われただけだった。待つこと1時間、オギャー、という産声。ついにベビーが誕生した。ザイル人の看護婦さんのひとりだが、へその緒を切る手順の早さ。私は

せん(疥せん虫の寄生による伝染性の皮膚病)、そして肺炎と髄膜炎だった。

診療所が開設され1週間ほどがたつと、1日の患者が300人を超えようになった。

「でも、薬も注射も食糧も不足しているでしょう。目の前で死んでいく子供たちを見て、どうにもできない自分に腹がたち、イライラはつづるばかりでした」

8月27日 本格的な雨季になりつつあることも災いし、肺炎の患者が増える。夜帰ってミティンクをする。いくら抗生物質を投与しても、この寒さと低栄養ではどうしようもない……。話はそこに行きつき。

赤十字が毛布、ビスケットの配布を始めた。だが絶対数が不足しているため、思うように届かない。今夜も雨が降り続き寒い。きつと今夜も、神のお告げを受け取る人が増えているだろう。

プロジェクトの巻に似ている



PART-2

1か月間、難民キャンプで活動した
岡山の看護婦・山田緑さんが綴っていた衝撃日記
20キロも

そとでひろがる赤痢の恐怖、 人糞の山、発砲、

「もう、いまでも夜中にハッと
なって飛び起き
るんです。難民
の子供たちの
助け、助け
が、という
叫び声が、押し
寄せてくるんで
す」

岡山市の病院
（医療法人アス
カ会 普救内科）
で看護婦として
働く山田緑さん
（29）は、興
奮した口調で語
った。ことし8
月9日から1か
月の間に、いま
も夜中にハッと
なって飛び起き
るんです。難民
の子供たちの
助け、助け
が、という
叫び声が、押し
寄せてくるんで
す。岡山市の病
院（医療法人ア
スカ会 普救内
科）で看護婦と
して働く山田緑
さん（29）は、
興奮した口調で
語った。ことし
8月9日から1
か月の間に、い
まも夜中にハッ
と

月間、山田さんは、ルワンダ難民
の救護のため、現地で看護婦とし
て活動してきた。自衛隊の派遣とは別に、ルワン
ダ難民への医療援助には、日本の
さまざまな非政府組織（NGO）
が活躍している。その一つ、アジ
ア医師連絡協議会（A.M.D.A.、本
部・岡山市）の一員として、山田
さんは、ザイル・ゴマ近郊のキ
ンバ・キャンプに赴いたのだ。

山田さんは期間中に、キャンプ
の様子などを日記に書き綴ってき
たが、その第一日は、こんなふ
りに始まっている。

8月9日 ゴマ市は100万人
以上の難民の足跡で踏み固めら
れ、ほとんどの木々が切り倒さ
れ、難民の子供たちで溢れてい
た。

2週間前は、市全体が死体た
らけだったと聞き、町全体にゾ
ンビがさまよっているのではな
いかとゾクゾクとした。その夜は
ホテルの丸裸のマットだけのベ
ッドで寝た。半袖ではとても寒
く、夜の冷え込みにはびっくり
した。

翌日、すでに現地入りしていた
日本人の医師と一緒に、ゴマ市近
郊にある難民キャンプを見まわ
った山田さんは、言葉が失った。
難民キャンプには、40万人もの人
人がひしめいていた。そして驚い
たのは、道路をはさんだ反対側に、
20キロにわたって延々と続く黒褐
色の低い丘のようなものだった。

「最初、何だろうと思ったら、そ
れは、難民の人たちの排泄物、つ
まり人糞の山だったんです。トイ
レなんてないから、その山々が高
さ2、3メートルにもなっていて、何
万匹ものハエが群がっていたんで
す」

8月10日 水も電気もなく朝の
コーヒもない。道行く人たちは
は口風をのせて遠んでいる。
倒し頭のをせて遠んでいる。
あまりの人の多さ、悲惨さに
圧倒され来るんじゃないかと思った
と、うっすら涙が溢れてきた。
夜は寒くなるものなし。

生活できるところにならず、まっそ
くキャンプ内に、診療所が建てら
れた赤十字からテントをもらい、

目の前で子供たちが
が死んでいく……

■旧ユーゴスラビア救援医療活動報告

JEN Pharmacy Project in UN Projected Area Sector East 国連保護地域東部医薬品供与プロジェクト～開設から2カ月をへて

AMDA Japan: 市立札幌病院救急医療部 早川 達也

今回、旧ユーゴスラビア救急プロジェクト：国連東部保護地域医薬品供与プロジェクトにMedical Advisorとして参加する機会を得たので、あくまで個人的立場からではあるが報告致します。

概要：

この地域は、地理的にはCroatia東部に位置するが、この地域に居住するSerbia人は、国際的には一切未承認ながら、Republic of Krajna Serbian：クライナ・セルビア人民共和国（Republika Spraska Krajina）として一方的に独立を宣言しており、実際の統治も同政府が行っている。現在国連保護軍（UN Protection Force：UNPROFOR）が緩衝勢力として駐留するため国連保護地域（UN Protected Area）と呼ばれている。この地域は1991年のクロアチア戦争（独立戦争と称する場合もある）の際、Croatiaと旧ユーゴ連邦運に支援されたSerbia人勢力が激しい戦闘を繰り広げ、中でも当地の中心都市Vukovarは、最大の激戦地となったところである。

今月5月空の予備調査の段階では同地域南部（Subsector South）には約37,000人の社会的弱者層が存在することが明かになったが、JENは1994年8月29日より同地域を対象に医薬品供与プロジェクトを実施している。基本的にはUNHCR, UNCIVPOL, JENの3協定に基づくプロジェクトであり、もっとも支援を必要としている社会の最弱者層に直接医薬品を供与しようというものである。

供与方法は、UNCIVPOLの警察官が担当地区をパトロールする際に入手する支援対象者からの処方箋を直接JENに提出して医薬品の供与を受け、警察官が責任をもって対象者に手渡すというシステムである。尚、JENのオフィスはDarjiに、薬局はvukovarにある。

この他、Saringladには、この地域唯一の特別養老老人施設が存在するが、同施設（第2施設）に対する備品供与、医薬品供与を行っている。

また、緊急医療基金を創設し、緊急医療を要する対象者に資金提供を行っている。その他、必要に応じて給水設備等の整備のための資金援助を行っている。

現況：

現在、当Vukovar Office（JEN Pharmacy）は、Cordinator（Bimal Rimal）1名、薬剤師（福永滋子）1名、ローカルスタッフ2名（Aleksander Dobler: 運転手兼通訳、Zlatko Modalek: 薬剤師助手兼通訳）が常駐し、その他短期派遣の医師（早川達也）1名、他（渡部はなこ）1名で構成されている。

プロジェクトの定着に伴い、供与医薬品単位数（＝処方し得た処方箋の枚数）、受益者数共、経過と共に増加している。現在、1週間当たりの供与医薬品単位数は約300単位、受益者数では約100名である。また、同じ受益者が2回目、3回目と複数回供与を受ける場合（Chronic case）も増加傾向にある。（Figure 1,2）

地域別には各Ploice Station 毎の集計ではVukovarが最も多く、次いでHok, Tenjaの順である。（Figure 3.）

Sarenglad 特別養老老人施設については第2施設の備品供与は完了し、10月14日同施設のOpening Ceremonyを施行した。現在、70余名の要介護老人が入所しており、さらに100名以上が入所待ちの状態である。また、継続的な医薬品の供与、冬季の暖房費用の支援も決定済みである。

緊急医療基金については、化膿性骨髄炎の12才男児、白血病の18才女性に対して治療費等の負担を行っている。また、弁膜症の58才女性についても手術費用の負担を検討中である。

問題点：

1. 可能供与薬品数の限界

現在の体制、つまり薬剤師1名の体制での当Pharmacyの1週あたりの可能供与医薬品単位数は約300と推定している。現在までの供与数から判断すると、支援対象者数では約150名となる。現在までの供与数から判断すると、支援対象者数では約150名となる。すでに当Pharmacyの可能供与医薬品単位数では約150名となる。すでに当薬局の可能供与薬品数が限界に達しているといえる。

また、この数字をもとに推定すると、今年末までには支援対象者は2,000人に達する見込みであるが、これは全対象者の一割に満たない数である。

一方、対象者を選定し直接医薬品供与する立場にあるUNCIVPOLにしても、日常業務の合間をぬっての作業のため、特に処方箋に添える書類作成がかなりの負担となっている。また、医薬品の配布に際しても同様で、先日同行した医薬品供与は4人に供与するのに1時間を要した。あくまで印象であるが1人の警察官が1回で配布できるのは5-10人、1週間あたりで30-40人であろう。現在、この地域には5ヶ所のUNCIVPOL Stationが存在するが、担当官はVukovar 2名、他は1名である。

これについては、11月に入ってUNCIVPOLは処方箋の収集及び対象者の選定についての協力を中止する旨を打診してきており、目下対応策を検討中である。

2. "no medicine" 症例の存在

この他にも処方指定薬剤が当Pharmacyでは扱っておらず、30-40%の処方箋を"no medicine"として対象者に返却している。当然すべての医薬品を扱えるわけもなく、もともと医薬品の入手の難しいこの地域の状況を考えるとやむを得ない現象である。

しかし、少しでもニーズに対応すべく取扱薬剤を全般的に見直す作業を進め、当初150種類程度であった薬剤が11月初めには300種程度に増加する見込みである。

また我々が扱う医薬品リストをUNHCR, UNCIVPOLに呈示し、必要であれば地元医療機関にも提示し、相互の理解を得るように努めることにした。

それでもかなりの数の処方箋を"no medicine"として返却せざるを得ないと思われるが、これについては放置せざるを得ないであろう。ただし、緊急の薬剤の要請等、JENのmedical adviserが必要と認めたケースについてはUNHCRに医薬品の供給を依頼する等の処置をとることとした。

そもそも医薬品に対する期待感はある各人各様である。つまりこの地域では、日本の老人医療に於ても指摘されているように、所謂"生存"に不可欠な医薬品以外にも需要が大きい。この種の需要に応えるのは本来の目的から外れる半面、特に戦争前までは十分な医療サービスを受けていた人々の満足度という視点からみれば、この地域におけるプロジェクトの一つの特徴と言えるかもしれない。

3. 医薬品の安定供給

現在医薬品の購入はJEN Belgrade Officeの全面的な協力を得て、全てBelgradeで行っている。輸送についてはJEN独自で行うこともあるが、UNHCR, UNPROFORとともに行うこともある。しかしUNPA(Krajina)とYugoslavia(Serbia)の間の国境では、しばしば医薬品の通過を巡ってトラブルが発生する。

一度はUNPROFORの車で医薬品を搬送する際にUNCIVPOL同乗、つまり警察官が乗っているにも関わらず、Serbia(Yugoslavia)による医薬品の詳細なチェックを受けた件のCIVPOLはいたく自尊心を傷つけられたようだ。

また、UNHCRの係官とともに搬送した際には、書類の不備という理由で、全ての医薬品をSerbia(Yugoslavia)の税関に押収された。(2000USD相当)押収した職員は明らかに酔っ払っており、身の危険こそ感じなかったが正常な対応は望むべくもなかった。国家権力をまざまざと見せつけられた瞬間であった。尚、押収された医薬品については後日UNHCRの協力のもとに全て返却された。

そもそもUNPAはSerbia人の支配する地域であり、その支援がSerbia(Yugoslavia)よって行われているのはあ周知の事実である。また、実効支配勢力であるRepublic of Krajina SerbianはYugoslaviaであることを主張している。その友好国を支配する医薬品を押収するこの"国境"とは何であろうか。ただの酔っ払い税関による嫌がらせか、それとも対Croatia等の関係維持のための国際的デモンストレーションか、時折真の国境に化ける不思議な場所である。

ただ、我々の側にもこの国境に対する認識不足の問題がある。あくまでも国境として捉え、必要な書類(Yugoslavia Red Cross, Ministry of Trade発行)を揃えるべき出会った。また、あくまで国境通過にこだわったための出来事であり、Serbia側への退

避等、医薬品の確保に全力をあげるべきであった。また今後はZagrebでの購入も計画中である。

4、緊急医療基金について

現在までの運営については前述の通りである。この基金の主旨は救急症例のみならず高次の治療が必要な社会的、経済的弱者についてその治療費の支援を行なおうとするものであるが、その適応の決定についての難しさについては医療面のみならず想像に難くないであろう。

実際には患者あるいはその家族との話し合いにて支援額を決めているが、最初の合意以上に当方の費用の負担が増えるケースがほとんどである。しかしこうした不安定な社会状況の中では当然という見方もできよう。当初は治療費のためには生活を犠牲にしてまで、と考えていた家族にとって、この基金の存在はもちろん有難いものであるが同時にその運用が決まってしまうえば甘えが生じてしまっても不思議ではない。安易な運用は慎むべきであるが我々としては、運用を決めた症例については適切な治療をうけて回復することを願うしかないのではないだろうか。

あらたに提案した運用のためのガイドラインは以下の通りである。

- 1) 現地医師による診断書が必要
- 2) UNHCR, UNCIVPOL, Regional Commissioner for Refugee (難民局) による申し入れ
- 3) UNHCR, UNCIVPOL, Regional Commissioner for Refugeeによる審査
- 4) JEN medical adviser (医師) による審査
- 5) JEN coordinatorによる決定

5、安全面について

現地は現在も政治的には空白状態であり、特にBosnia and Herzegovina情勢の成行きによっては予断を許さない状況である。しかし戦闘の終結から3年を経て、表面的には落ち着いており、直接的には生命の危険にさらされるようなことはない。Vukovarにおいてもこの1年で発砲件数は大幅に減少したということである。我々の安全については、UNHCRが全面的に支援してくれている。24時間体制で無線連絡が可能であり、緊急時における避難についても万全の体制がとられている。ただ電話、Faxといった平常の通信状態は非常に悪く、電話線はSerbiaのみであり、JENの他のOfficeとはBelgradeを除いて、直接の連絡は取れない。Serbiaの電話線についても不通であることが多く、UNHCRの無線を除いては一切連絡がとれない状態となることもしばしばであった。11月に入って、自動車及び無線機もさらに3台導入したため、連絡についてはかなり改善されるであろう。また現在PharmacyはVukovar市内にあるが、我々の安全面及び連絡という観点からCroatiaの電話線も使用可能なUNHCRのあるErdutに移転を計画している。

6、生活について

上記のような状態であり、当初は我々独自の移動手段を持たなかったため（自動車は運転手の自家用車を使わせていただいていた。）自由に移動もできず、ほとんど”収容所”のような生活が続いた。また現地の人達、特に我々をいつも支えてくれる人達から時折耳にする不穏な話題のなかでは、一見落ち着いたように見える状況にあっても常に何等かの圧迫感を感じながらの生活であった。さらに停電、断水が日常茶飯事であり、これも精神的にはかなりの負担であった。小生にとっては刺激的な出来事であっても、長期滞在となったBimal氏、福永さんの苦労は想像に難くなく、本当に頭が下がる思いである。

評価：

このプロジェクトは準備段階より医療関係者が関与しなかったため、開設後も現場が混乱したあことは否めない。またUNCIVPOLももちろん医療については素人であり、Pharmacy、医療基金の運営にあたって、責任の取れる医療関係者の常駐は必須事項である。この点については当方の認識不足は責められて然るべきであろう。

CIVPOLのmonitorが血相を変えて”Emergency!”と処方箋を片手に駆け込んでくることはしばしばあるだろうが、そうでないことがほとんどである。しかし彼らを責めることはできない。

プロジェクトそのものについては十分な需要が存在しており、今後も増え続けることは明白である。今後も継続することの重要性は誰しも認めるところである。しかしこのプロジェクトの柱であるUNCIVPOLによる受益者の選定と医薬品の直接配布という方法は、すべて破綻している。

増大する受益者数に対しては、取扱医薬品については需要についての最初の評価を終えた今、需要があまり少ない医薬品については思い切って採用を取り止めて日常業務の負担の軽減を図ることが必要である。また現地の薬剤師の雇用も必須である。受益者の選定については、UNCIVPOLの評価に代わる現地難民局（ただし、どこまで機能しているか、現地の政治情勢が不安定なこともあって今一つ信頼しきれない。）の選定に頼るか、あるいは難民手帳や年金手帳等を選定の基準とする等の評価が考えられる。

また今までのように（UNCIVPOLが行っていたように）第3者を介して処方箋を受け取り医薬品を供与するか、あるいは受益者への直接配布を行うか、これも大きな問題である。しかし、現体制では医薬品の直接供与のみでは対応することは不可能であり、この観点からも難民局等現地との協力が必要であろう。

Pharmacyが機能するとすればするほど、問題が表面化してくるのが現代であるが、逆に問題があるのは機能している証拠である。拙文が現地の様子を理解する上で皆様の助けになれば幸である。

Figure.1:Medicine/Week(unit)

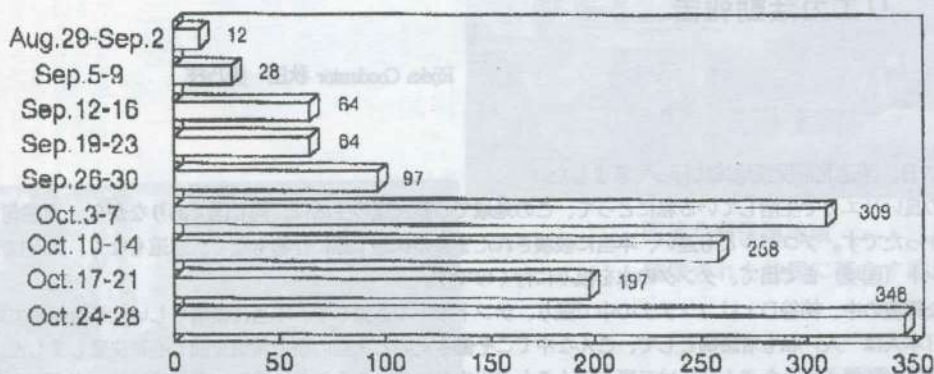


Figure.2:Beneficiaries/Week

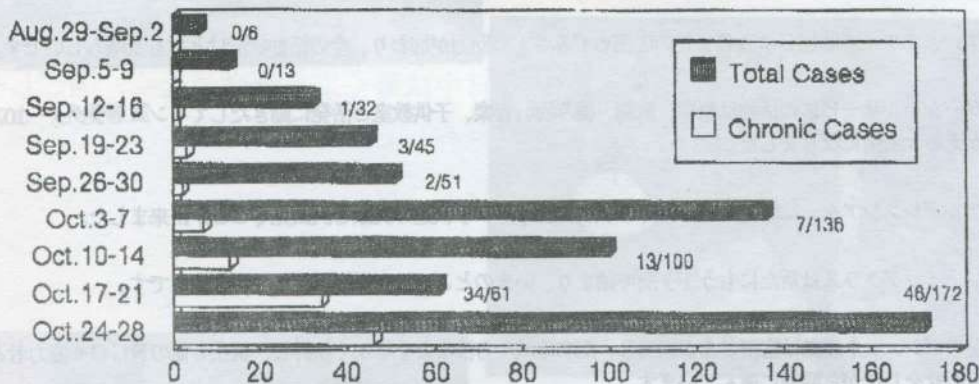
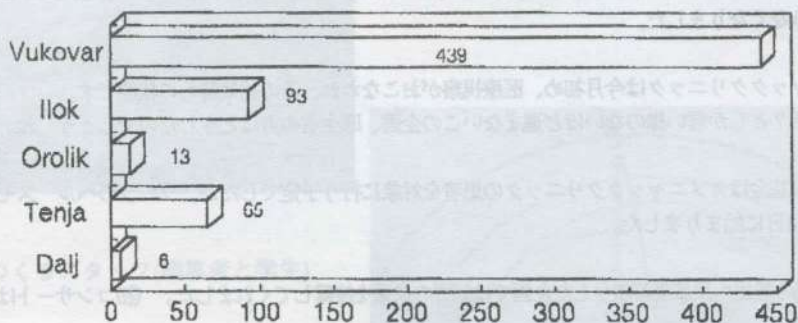


Figure.3:Beneficiaries/2 Months/Station



■旧ユーゴスラビア救援医療活動報告

リエカ活動報告

Rijeka Coordinator 秋田 美乃枝

前略

11月17日、国連北部保護地域に行ってきました。

環境の良いリエカで生活している私にとって、この地域での難民達の生活は、同じ国でありながら__と絶句するほど貧しかったです。プロパルとも違い、本当に破壊されたままの状態です。畑に作物もなく、水道もなく、人々はチェックポイント(国境)まで出て、タンクの水を汲みに行くのです。

そんな環境の中、神谷Drはコンテナの中で眠り、テントの中で診療して、本当に素晴らしい仕事をされています。(日本人は一人)私も看護婦として、こんな中でこそ働きたいと次回の夢と希望を強く心に決意しました。

今、国境が閉鎖され、たぶん今年二度と行くことが出来ないであろうこの地域に、戦争終結後、必ず行きたいと思いました。来年は無理としても2、3年後またチャンスを下さいね。

それまでにしっかり英語を勉強しなければ。

リエカ オフィスは18日よりRKKの広田めぐみさんの助力が加わり、今の活動状況はとても素晴らしいです。

・ソーシャルサービスの活動は語学、裁縫、編み物、音楽、子供教室と活発に動きだしてインストラクター10人がかかえる大所帯になりました。

・チルドレンシアターは難民キャンプ等5ヶ所で終了し、子供達の笑顔を見ることが出来ました。

・ソーイングクラスは新たにもう1ヶ所で始まり、いまのところ2ヶ所終了、3ヶ所実施中です。

・愛のポシェット運動は広田さんが担当し、配布地域や方法などを細かく検討し、現在も他のNGOや協力者と打ち合わせをしながら順調に進んでいます。

・ブルティン(JENが支援している難民情報誌)は次回12月5日発行、今回のブルティンではJENの活動を1ページに載せてくれました。これで直美さん(リエカ調整員)は難民達にとって有名人ですから、私達も悪いことはできなくなりました。

・カメニャッククリニックは今月初め、医療視察がおこなわれ、その結果待ちの状態です。本当になぜ?としか言い様のないほど進まないこの企画、厚生省の方はどうしたのでしょうかね。

・緊急医療基金はカメニャッククリニックの患者を対象に行う予定でしたが、プーラのヘルスセンターへ場所を移し11月18日に始まりました。

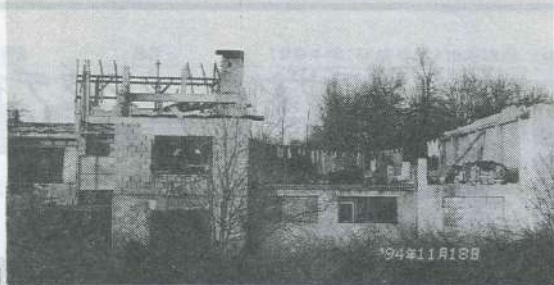
・クルク島の難民へ民族楽器贈呈した企画では練習の成果を披露してくれました。(初コンサートは11月19日終了)

以上、今月のリエカオフィスでした。

現地で懸命に



リエカ 子供教室



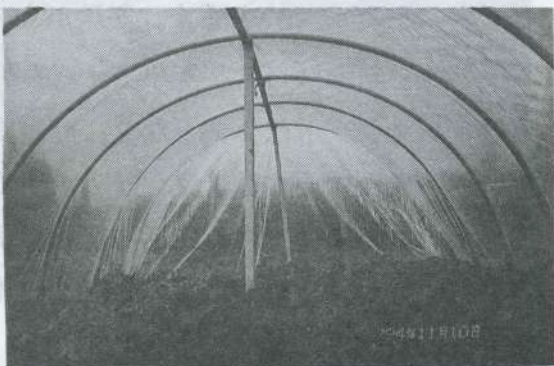
国連北部保護地域
破壊された住居に暮らす難民たち



国連北部保護地域
テントで診療する神谷Dr



リエカ
難民情報誌をつくるスタッフ(編集者と学生)



オシエク 小規模農業プロジェクト

モザンビークスタディツアー報告書

看護婦 松本 麻也子

この度、AMDAモザンビーク帰還難民プロジェクトチームへスタディツアーとして、9月22日より10月6日までの14日間参加させて頂きました。期待と不安で日本を発ちましたが、現地に着いてからは全てが驚くことばかりで、日本の平和と豊かさを実感する旅となりました。私の目で見、感じたモザンビークの現状をご報告させていただきます。

1) 私のモザンビークでの生活

モザンビークは雨期に入る前で、日中は暑くても湿度が低く、過ごしやすい所でした。今年の日本の暑い夏を経験した私にとっては、快適でした。

私たちの活動の根拠地は首都から車で3時間のところ、GAZA州のChokweでした。そこはパンやお米もあり、野菜、果物も豊富で、宿舎には現地のメイドがいて身の回りの世話をしてくれます。味付けは薄味で美味しく、何でも食べることが出来ました。

医療活動はChokweから車で1～2時間の村々へ出かけます。訪問したほとんどの村には水道も電気もありませんでした。木の下で青空診療所を開き、診療開始です。私の仕事は言葉のハンディがあるため検温、体重測定等です。医師は何の設備機器もないなか、患者の自覚症状と触診、聴診、視診によって診断していきます。経験がものをいうところです。

停電、断水は日常茶飯事です。長いときは20時間位続きます。このためガソリンスタンドは休業となり、計画変更を余儀なくされたこともありました。蚊の出没は要注意、マラリア予防のために蚊取線香は必需品です。何年振りかの蚊帳の中で寝る生活も経験しました。

私にとって、はじめてのアフリカ体験でしたが、体調を崩すこともなく無事に過ごすことが出来ました。

モザンビークNGO活動

松本さん(土佐市民病院看護婦)帰国

医療助のためアフリカのスタッフ。九月十五に来た土佐市衛生局長から「モザンビークへ自費一日一人で現地入り、のレセプションに招かれて赴いた土佐市民病院 今春から活動中の吉田修 院長の賞状。松本麻也子 医師を「徳島山川町 松本さん、土佐市高岡町 甲川さんがこのほど帰国した。来賓失禮や謝辞がま



松本麻也子さん

も、現に支えない高 度医療提供が厳しくケース もあり、援助の難しさ、 プレミアを感じた。もう 一つは、土佐市民

現地で懸命に診察協力 「市民カンパ」は井戸掘りに



受診に来た現地の患者に体温計のあて方を教える松本さん(モザンビーク・シコエ 県のジャングレネ村)

で、現地の村に井戸を掘 ることになり、二週間の 滞在を終えた松本さんは、 みんなのお金が尽きた。 掘りかきながら、井戸掘り を補助しながら、お金の せいで、困窮している。 松本さんは、民間の非 政府組織(NGO)「MADACON」医師組織に 所属し、井戸掘りや医療 活動に協力している。MADACONは、井戸掘りや医療 活動に協力している。MADACONは、井戸掘りや医療 活動に協力している。



難民の村で子どもたちと

2) 治安の悪さ

強盗事件が頻繁に発生していますので、店や住宅には鉄格子が付けられています。外国人はガードマンを雇い24時間体制の警備を依頼しています。

滞在中、玉澤防衛庁長官が視察にみえ、11日の国会には日本人の生命を救うために自衛隊機も使えるよう議案を提出するとの発言もありました。その後、私もお話する機会があり、AMDAからボランティアで来ている看護婦だと自己紹介しました。

3) 住血吸虫の村

ほとんどの村には井戸も電気もなく、日の出と共に一日が始まり、日暮れと共に終わります。川が全ての生活の中心になっています。診察した村人200人中約40%が住血吸虫に侵されている村がありました。川で水浴びし、排尿し、その川の水を5Kmも離れた村まで歩いて運び、生活用水として使っています。もちろんそれが飲料水となります。その水でも煮沸さえすれば安全な水になるのですが、燃料となる薪も、そういう公衆衛生の知識もありませんから大変危険に曝されています。この病気に子供が多く罹っていることも目につきました。栄養状態が悪く、抵抗力がないので罹りやすいのです。

地雷を踏まないように川へ行ってみました。私の目には、そこは川というより『池』のように見えました。水が流れていないのです。もしコレラが流行するとこの村は全滅します。吉田Dr.はこの村に井戸を掘ることにしました。一つ掘るのに80万円かかるそうですが、早急な措置を期待して止みません。私の勤務する病院に発足した『モザンビークに医療物資を送る会』からお預かりした寄付金は、この村の井戸を掘る資金に使うことにしました。この井戸が村人の命を救うことを信じます。

4) 栄養失調の子供たち

難民の集まっている村へ行くと、皆ニコニコと笑顔で迎えてくれます。子供たちもたくさん集まってきましたが、その中には身体中にブツブツと斑点ができていく人が沢山います。吉田Dr.が診察してみると『疥癬』でした。

「私の見たモザンビーク」 土佐市民病院長 麻也子

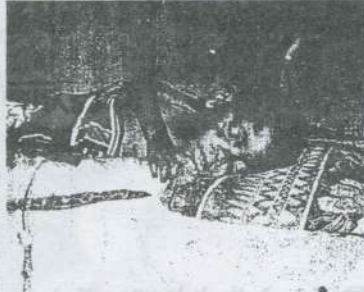


栄養さえ取らせれば 治安悪く強盗事件も

「あ、広い」 麻也子から三時間、モザンビークの首都マプトに書いたのは朝時。...

「あ、広い」 麻也子から三時間、モザンビークの首都マプトに書いたのは朝時。...

「あ、広い」 麻也子から三時間、モザンビークの首都マプトに書いたのは朝時。...



マザリアン入院、高熱をうけの児。白後には元氣になり虫咬をうけようになった。(右)シヨクエ農マジンシル村の中央診療所

私の見たモザンビーク

土佐市民病院長 麻也子

極度の貧困にあえぐ 浄財生かし井戸掘り



「あ、広い」 麻也子から三時間、モザンビークの首都マプトに書いたのは朝時。...

「あ、広い」 麻也子から三時間、モザンビークの首都マプトに書いたのは朝時。...

「あ、広い」 麻也子から三時間、モザンビークの首都マプトに書いたのは朝時。...

6才と4才位の姉弟を持つ母親は、6カ月前位から痒がって夜中に泣くと訴えていました。何を食べているのかと聞くと、メイズのみという答です。これでは抵抗力もなくなり病気に負けてしまいます。衣服やシーツを煮沸消毒するように指導し、次に訪問した時、塗り薬と石鹼を渡すことくらいしかできませんでした。現金収入のない難民に「栄養のあるものを食べなさい」と云えないのです。

また栄養失調の子供も目につきました。母親におんぶされたその赤ちゃんは、髪の毛は薄茶色で、顔面、手足に浮腫があり、典型的な栄養失調の子供でした。不機嫌に弱々しく泣くその子は、下痢をすれば脱水症状をおこし死んでしまう状態です。近くにヘルスポストがあるのですが、お金がないので連れて行けません。私たちは今にも消え入りそうな『命』が目の前にあっても助けることができない無力さに歯ざしりするばかりでした。

5) 今後の課題

公衆衛生の普及が必要です。全てが貧困から生まれていると云っても過言ではありません。清潔な衣服や寝具、そして栄養のある食べ物、それらを手に入れるための現金があれば難民の生活も著しく向上することでしょう。広大な土地の有効な活用にも目を向け、輸出用綿花を作るだけでなく、まず食物を作り、国民が飢えないようにすることが大事なのではないかと思います。

食は医療の原点です。十分な栄養を摂ることがベースにあってはじめて病気を治すことができます。医療以前に、生命をつなぐための食料をどう確保するかという問題を解決せねばなりません。

以上が今回のスタディツアーで特に印象に残っていることです。限られた時間を有効に使わなくてはと、少し焦ったこともありましたが、しかし、どこに行っても笑顔で迎えてくれた子供達の澄んだ瞳を見ていると気持ちが浄化されていくようでした。そして、別れを惜しみ手を振りながら走ってくる難民の子供達の姿は今も脳裏に焼き付き、忘れられない思い出です。

この貴重な体験が出来たのも、吉田Dr.はじめAMDAコーディネーターと現地スタッフの方々のお蔭と感謝の気持ちでいっぱいです。本当にありがとうございました。AMDAの今後の御活躍に期待しております。

1994年 10月31日



栄養失調の子ども



「かいせん」の子どもを診療するDr.吉田

ソマリア難民キャンプ10月活動報告

初めに

これは医療活動だけでなく、その他の活動も合わせて報告書としてまとめたものである。今月から新しいメンバーが加わった。AMDA日本支部からは河田聡子さんが看護婦として、AMDAネパール支部からはピノット医師がソマリア難民キャンプ医療プロジェクトリーダー兼小児科医として活動を開始した。

稼働スタッフ

- a) AMDA派遣スタッフ5名—ドウンダイ医師、ファルーク副プロジェクトリーダー、永野看護婦、他上記2名
- b) ローカルスタッフ2名—モハメッド医療アシスタント、イブラヒム薬局アシスタント
- c) その他のローカル保健スタッフ55名

エチオピア難民の本国送還

9月25日に開始されたUNHCR、難民局とAMDAの合同送還活動は今月も引き続き行われている。これまでで既におよそ4千人、約25%のエチオピア難民がアウルアウサ、アリアデ両キャンプから数回に分けて本国へ送還されている。

AMDAは非政府人道組織という立場をとっているため、他の人道組織と共に苦境に立たされた人々を救うという共通の目的を達成すべく、協力していきたいと考えている。今回はUNHCR、難民局との協力体制の中で特に医療サービスを提供している。まさにAMDAの信念は「行いは言葉より雄弁である」という諺通りである。

我々の簡易診療所には計43名（難民の約1%強）の患者が診療を受けに来ているが、特に重傷患者はいなかった。

現状報告

<ホルホルキャンプ>

- CTC（コレラ処置センター）での下痢のケースは4件であった。ヘルテイエ総合病院へ菌培養のための便のサンプルを送ったが、結果が陰性だったため11月1日でCTCを閉鎖することに決定した。
- 10月末に栄養プログラムセンターの食用油のストックが底をついてしまい、関連団体へ対応を要請した。UNHCRで常設の栄養プログラム/MCH（母子保健）センターの建物を建てて頂き、感謝している。しかしアッサモキャンプ同様窓や戸がないため薬等の物品はこれまで通り診療所に保管しておかなければならない。
- 先月経験豊かな現地の看護師を監督として1人雇い入れ、常勤としての3週間の勤務を終えた。状況は改善されつつあるが、特に栄養プログラム/MCHセンターにおけるデータの収集及分析に関しては、まだまだ満足できるレベルに達していない。今後は他のキャンプの担当者との意見交換もしていくつもりである。

<アウルアウサキャンプ>

- 8月末に新しく難民が移動してきたため、状況が悪化。難民の多くは遊牧民であるが、まだ野外にはったテントで生活している。食用油や水の供給が不十分なため、調理や衛生管理に苦勞している者が多い。AMDAの業務の負担を軽減するため、関係団体の助けを得るつもりである。
- 新しい難民の流入はストップした。診療所の受診者の数は今年最高の32%であったが流入のストップが受診者減少の傾向の原因であると見られる。
- エチオピア難民が送還されキャンプの人口が減少したため、栄養プログラムセンターに来る難民の数も減った。

- EPI (拡張予防接種プログラム) に登録されている5歳以下の幼児の率が過去最高であった。新たに登録された難民の幼児で接種を受けていない者が多かったためと見られる。
- 死亡者は減少しているが、死亡率は現在も他のキャンプと比較すると最高になっている。

<アリアデキャンプ>

- CTC (コレラ処置センター) を脱水症状患者処置センター兼観察センターとして使っているが、脱水症状の処置が必要だった患者下痢患者は数名のみにとどまった。
- 診療所に来る患者の数は過去最低の9%であったがこれも難民の帰還が原因と見られる。
- 他の病院へ移送される患者の率は最高の2.4%であった。栄養プログラムセンターでの死亡者は1名のみであった。

<アッサモキャンプ>

- 他の病院への移送率が他キャンプと比較して一番低い。
- 既に予防接種を受けた幼児が大多数になっているため、EPIを受益率が31.5%と最低値を記録した。
- 死亡者3名はすべて5才以下の幼児であり、内2名が重度の肺炎であった。

<薬局>

常備薬がかなり不足しており、診療所での外来患者の治療と救急診療に支障をきたしている。関係団体へ薬の支給が遅れているので打診をしたところやっと支給が得られた。患者の病状を悪化させないためにも、「6ヶ月分の必要薬品リスト」として提出している分に関して期日通り支給してもらうよう、要請するつもりだ。

<国民予防接種キャンペーン>

11月19日より開始され、95年1月ごろまで5才以下の幼児を対象に続けられる予定である。AMDAは厚生省より協力の要請を受けている。

また、UNHCRよりキャンプのローカル保健スタッフの数を11月1日より大幅に削減するよう突然要請があり、AMDAスタッフとしては寝耳に水の事であったが、スタッフ全員で必至で対応策を考えた。

全キャンプにおける難民の健康状態

<概要>

- = 外来患者の数は夏期に比べ、減少した。これは暑く湿度の高い夏期に比べ、冬期には疾病の原因となる細菌の繁殖がそれほど活発でないからである。今月の5才以下の幼児の罹病率、死亡率ともに低下した理由としては1) 低温で乾燥した気候、2) 難民の帰還、3) 健康に対する難民の意識の向上が、子供を医師に診せる時期を早めたため、4) 新たな難民の流入の停止、5) 他の病院への患者の移送が適切な時期に行なわれているため、が上げられる。
- = アッサモキャンプにて3週目に、おそらく水疱瘡と見られる胸部と頸部の古い湿疹の跡が、新たな症例として2件発見された。難民の大多数のテントを回診して、他にも自然に治癒したと思われる同様の症状を発見したが、これまで水疱瘡も含め、どのキャンプでも伝染性疾患は発見されていない。
- = 一番疾病にかかりやすいグループに属しており、人口の25%を占めていることから、現在でも栄養プログラムと予防接種に関して、5才以下の幼児を最優先の対象として行なっている。栄養プログラムに登録された栄養失調児の70%は体重の増加が見られ、非常に効果を発揮している。呼吸器感染症(肺炎)が年齢にかかわらず最も多く(39%)、次いで貧血(24%)、下痢/赤痢(14%)の順となっている。今月は死亡率は低下したものの、5才以下の幼児の死亡率がやはり一番高かった。特にアウルアウサにおいて高く、おもな死亡原因は肺炎であった。

<保健関係データ>

* 栄養プログラム

- =アウルアウサー-WSFP (流動食栄養補助プログラム) の対象者、特にTFP (治療的栄養プログラム) の対象者が減少した。TFPよりSFP (補助的栄養プログラム) に移った者がかなりいた。死亡者は幼児2名で死亡原因は下痢を伴う重度の栄養失調。
- =アリアデー-死亡ケースは1件のみ。今月は対象者の人数に変動はなかった。
- =アッサモ-ここでも対象者数の変動は見られず。死亡者は無し。
- =ホルホル-TFPの対象者は半数に減少した。TFPを受けていた幼児が1名下痢を伴う重度の栄養失調で死亡。
- =またもやすべてのキャンプで栄養プログラムの食料が不足し、中には灯油不足になったキャンプもあった。このような事態を避けるため、関係団体にはせめて栄養プログラムセンター用の食料だけでも支給日を固定するよう要請したい。

<成人用栄養プログラム>

このプログラムは栄養失調の幼児の数をも減少させ、結核からの急激な回復も避けられるため、結核にかかる危険性の高い幼児が、実際にかかっているか調べやすくなるという利点がある。DSR (粉末補助配給) の必要な結核患者が増加した。そしてアウルアウサーとアッサモでWSFPを受ける者が倍増した。妊婦でDSRを受ける者は9月の590名から10月の490名に減少したが、DSRを受ける結核患者の数は133名から181名へ増加した。

<死亡件数>

9月の33件と比べ、24件と今月は減少した。アウルアウサーで38%と最高で、アッサモで13%と最も低かった。内17件は5歳以下の幼児であった。その主な死亡原因は全体の35%を占める呼吸器感染症 (肺炎)、次いで29%の下痢であった。

以上

ジブチ洪水救援基金ご寄付のお願い

去る11月21日、ジブチにて集中豪雨による大規模な洪水が発生しました。国連の発表によると、死者105人、行方不明40人、浸水等で被害を受けた人々は10万人に上り、人口40万人の小国はこの自然災害がもたらした損失から独自で復興するには困難な状態にあります。特に首都のジブチ市で路上生活をし今だ何の援助も得られていない約7万人の難民および都市の貧民層などの社会的弱者が、この洪水で受けた被害は多大です。

AMD Aは昨年始めから同国にて難民救援医療活動を展開していますが、彼等の復興を手助けするべく、ジブチの現地NGOと協力してジブチ市の被災民を対象にしたプロジェクトに着手するべく準備をすすめています。

つきましては、皆様の暖かいご支援をぜひとも宜しくお願い致します。

募金先 「アジア医師連絡協議会」 郵便振替 岡山01250-2-40709
*通信欄にジブチ洪水と記入

本紙添付の郵便振替用紙をご利用下さい。

■ソマリア難民救援医療活動報告

ダル・ハナン産婦人科病院再建プロジェクト活動報告

(1993年5月1日～1994年3月31日)

AMDAネパール 産婦人科専門医

DR. SHANKAR

1. 初めに

ジブチ共和国は1977年6月27日に独立した東アフリカの国である。農業・工業共に不足しているため国の経済を外国からの援助に頼っている。政府の主な収入源は港での中継貿易と国民からの税金である。次に挙げるのは1992年の保健関係の統計である。

- =総人口---433,000人
- =ジブチ市人口---62,000人
- =年間人口増加率---2.92%
- =出生率---46.2/千人
- =死亡率---17/千人
- =女性1人当りの出産人数---6.5人
- =15才以下の人口---45.3%
- =都市部人口---79.2%
- =地方人口---20.8%
- =乳幼児死亡率---117/出生乳幼児千人
- =AIDS感染者数---204人

ダル・ハナン病院は1985年に母子の医療保健サービスをジブチの貧しい人々に提供するためリビア政府の支援によりジブチ市の中心に建てられた。1989年に活動が一部開始され、ベッド数60床が収容可能だが、現在の所は45床が使用されている。

ハナン病院で提供されている医療サービス

外来診療、超音波診療 (AMDAの寄付)、正常分娩や産婦人科の小手術、診察、大手術 (手術時は他の総合病院へ移送) の為の入院、救急車2台 (内1台はAMDAインターナショナル寄付)。

病院内でまだ機能していない箇所

手術室、検査室、血液銀行、新生児室、レントゲン室、エレベーター。

すべての医療サービスは薬も含め無料で提供されている。当病院の非公式のデータによるとジブチ国民の他にソマリア人やエチオピア人も医療サービスを受けており、全患者の30～40%を占めている。

現在AMDAより派遣の医師・看護婦を含めて6人の医師、17人の看護婦と助産婦による活動が行なわれているが、人事や患者の食事、物資の供給等に関しては完全にベルテイエ総合病院に依存状態にある。当病院の他に母子医療保健サービスを提供している病院はイタリア系のバルベラ病院、ベルテイエ総合病院、パフオード病院、地元の診療所があるが、ベルテイエやパフオードは一般市民には治療費が高い。

当病院には疾病率・死亡率を減少させるのに貢献し、貧しい人々にも無料で医療サービスを提供することによって、国民全体の健康水準を向上させて行くという使命がある。当病院がこの目的を果たせるようになるため、AMDAインターナショナルが病院再建と医療スタッフトレーニングの要請を受けた。1993年5月開始以来、上記の地域にて援助活動を行なっており、1995年3月に終了する予定である。AMDAは患者の診察や教育、超音波診療、薬、医療機器、救急車、手術室の開始を担当している。

2. 診療方法

<統計一覧>

(1993年5月~1994年3月)

番号	項目	件数	割合
1	入院患者数合計	4513	
2	一日の患者の入院数	12	
3	分娩件数	3653	80.9%
4	一日当りの分娩件数	10	
5	正常分娩 (会陰切開含む)	2910	
6	出産数	3676	
7	双生児	46	
8	骨盤位出産	73	
9	早産	167	
10	鉗子分娩	104	
11	経膈分娩	3538	96.8%
12	帝王切開	115	3.2%
13	妊娠中絶 (各種)	412	9.1%
14	重度の貧血	100	2.2%
15	重度の妊娠中毒症	51	
16	子癇 (痙攣)	6	
17	死産	147	39.9/千件 *
18	産婦の死亡	12	326.4/十万件*
19	新生児平均体重	2.9 kg	

*注=総出産件数に対する割合

上記のデータは収集された後、病院の記録から分析したものである。人手不足や監視不足、記録やその報告が不十分であることから、データの正確な分析がかなり難しくなっている。上記は当病院にて処置された、あるいは他の病院から移送になった後、当病院にて処置された患者に関する数値で、他の病院からの紹介で診療を受けに来た患者のデータは含まれていない。

3. 分析

上記から明らかなように入院患者の大半は分娩の為で、80.9%となっており、内3.15%は帝王切開による分娩で、入院患者の9.1%が妊娠中絶の為であった。その他の産婦人科系疾患での入院は10%のみであった。主な処置結果については下記にまとめたが、詳しい状況については記録が不十分で不明の点もある。

- 1) 人工妊娠中絶 (各種) ----- 入院患者の9.1%を占める。妊娠後期における中絶ケースがエチオピア人に多く、受胎可能年令にあるジブチ人も中絶経験のない女性は殆どいないと見られる。これ

はエチオピア人に望まない妊娠が多く、ジブチ人に多産の傾向がある事が原因であろう。

- 2) 重度の貧血——妊娠期間中の貧血はよく見られるケースだが、妊婦の検診が不十分であることや貧困、知識不足、家族計画サービスがきちんと行われていないこと等が主な原因であろう。このデータは輸血が行われたケースのみで、入院患者の2.2%を占める。
- 3) 子癇および妊娠中毒症——初妊婦に多く見られる症状であるが、データには重度のケースのみが含まれている。この症状はよく見られ、母子の疾病率および死亡率の高い主な原因になっている。産前ケアを向上させ、だれでもそのサービスが受けられるようにしていく必要がある。
- 4) 死産および産婦の死亡——この二つのケースの確率が高いが、直接的な原因は記録されていない。重度の貧血、妊娠によって起こる高血圧、多産の傾向、産前ケアの不足、輸血サービスの不足、貧困、知識不足、分娩時の監視が不十分であることや適切な手術が受けられないこと等がその原因であると見られる。
- 5) HIV感染者——記録では陽性と出たケースは見られないが、感染率はかなり高い。AMDA日本支部の山本秀樹先生が1994年8月に調査を行った。

4.改善に向けての提案

- a) 滅菌消毒の徹底——細菌感染を予防し、AIDSを始めとする伝染性疾患の予防にもつながる。
- b) 病院内の衛生管理——伝染性疾患の予防や、母子の疾病率・死亡率低下につながる。
- c) 病院のスタッフや患者への教育——病院が提供する医療サービス向上につながる。
- d) 検査室、血液銀行および手術室の開始——病院の提供出来る医療サービスの質を高める。
- e) 妊娠後期における中絶の予防——これにはジブチ政府が何らかの対策を打ち出すべきである。
- f) ダル・ハナン病院の独立した病院としての機能確立——前述の目標を達成するに当たって不可欠である。
- g) 家族計画の実施——家族計画対策は何もなされておらず、一般市民のこの問題に対する意識もかなり低い。ジブチ政府が何らかの対策を講じれば、健康面だけでなく、その他多くの問題が解決されるだろうと思われる。
- h) AIDS対策——HIV感染者の数は急増しており、関係団体はAIDS問題に対する特別な方針・対策を打ち出すべきである。さもなくばいつかジブチの国家全体に大きな損失をもたらすことになるであろう。

以上



ジブチ厚生省でのコーディネーション・ミーティング 左端-Dr.Shankar, 中央が厚生大臣

ハナン病院で回診するDr.Shankar

■カンボジア救援医療活動報告

Activities of AMDA Cambodia

October 1994

By

Dr. Narayan Bahadur Basnet

In October 1994, AMDA-Cambodia completes two years in Phnom Srouch District Hospital. Two years back, the hospital was almost unfunded and barely functioning. The patient turnovers 3-10 per week (150-500 per year) and treatment facilities were minimal. After AMDA's involvement the whole hospital scenario has changed and reached a state of fully functioning district hospital. The patient turnover per day ranges between 55 to 178 patients with free medications and other facilities.

In this paper, the activities of AMDA-Cambodia in the month of October has been highlighted.

Phnom Srouch District Hospital

Because of local government holidays, there were only 13 outpatient consultation days but the emergency services and inpatient services were provided regularly. The hospital and community data are given below:

	Description	Number of Cases
A.	General	
	-OPD Services	412
	Pediatrics	578 cases
	Adults	766 cases
	-Emergency Cases	28 cases
	-Total	1381 cases
B.	Specific Services	
	-Minor Surgical Cases	73 cases
	-Obstetrics/Lynae Cases	59 cases
	-In Hospital Services	
	Pediatrics	36 cases
	Adult	34 cases
	-Referral Cases	6 cases
	-Blood for Malaria	
	Positive	100 cases
	Negative	101 cases
	-Sputum for AFB	
	Positive	4 cases
	Negative	1 case
C.	Community Service	
	-Immunization	163 patients

The total number of patients (OPD+Emergency) in October was 1381. The minimum number of patients per day was 55 and maximum was 178 patients. The latter (178) was the highest number of OPD patients turnover after the involvement of AMDA with PSDH. In the following table, the pattern of diseases in pediatric and adult age group has been given:

	System/Name of Diseases	Pediatric	Adult	Total
A.	Infection Disease			

カンボジア救護医療活動報告

	Malaria	84	58	142
	Worm Infestation	47	30	77
	Diarrhoea	38	3	41
	Dysentery	8	3	11
	Enteric Fever	9	31	40
	Acute Gastroenteritis	2	23	25
	Suspected Tuberculosis	1	9	10
	PUO	5	4	9
	Others	6	15	21
B.	Respiratory System			
	Bronchopneumonia/ARI	168	40	208
	URTI	95	88	183
	Chr. Bronchitis/Asthma	2	7	9
C.	Neuromuscular System			
	Neuralgia	-	9	9
	Muscle Disease	-	5	5
	Others	-	9	9
D.	Asthemia/Neurasthenia	2	155	157
E.	CVS/Maemopoitic System			
	Anaemia	4	-	4
	Congenital Heart Disease	2	-	2
	Others	-	1	1
F.	Connective Tissue/Bones/Joints			
	Infected wound	3	1	4
	Arthritis/Arthralgia	0	9	9
	Injuries/RTA	3	2	5
	Others	-	1	1
G.	Genitourinary System			
	UTI	3	29	22
	AHN/Nephrotic Syndrome	1	7	8
	Others	1	3	4
H.	Alimentary/Biliary System			
	Gastritis/Pepticular	-	40	40
	Others	1	2	3
I.	Lymphatic System	3	0	3
J.	Female Reproductive System			
	Abnormal Vaginal Discharge	1	31	32
	Infection of Genital Tract	-	51	51
	Pregnancy Related Problem	-	3	3
	Delivery Related Problem	-	1	1
	Others	-	1	1
K.	ENT Problems			
	Tonsillitis/Pharyngitis	6	12	18
	Ear Problem	11	1	12
	Nasal Problem	1	6	7
L.	Eye Problem	7	7	14
M.	Dental Problem	1	-	1
N.	Nutritional Problem			
	PEM	12	-	12
	Beriberi	-	10	10
O.	Skin and Venereal Diseases	60	59	119
	TOTAL	587	766	1353

The commonest problem are respiratory tract infection, asthemia/neurasthenia, malaria, skin problems, and worm infesta-

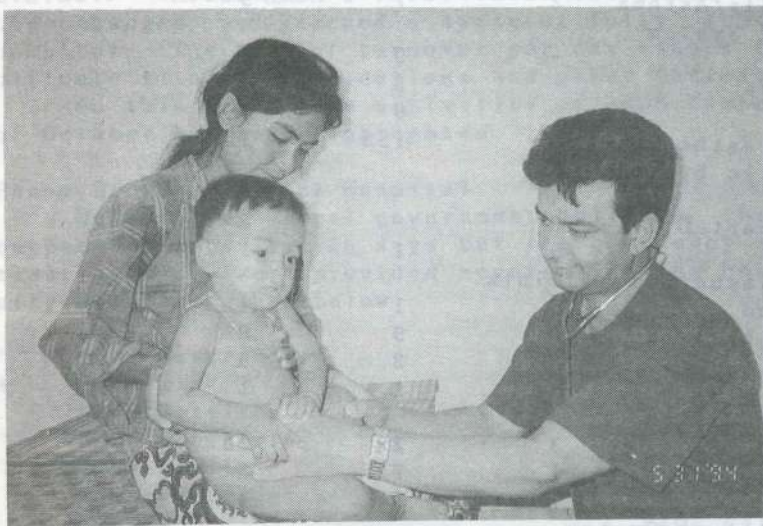
カンボジア救済医療活動報告

elions. The number of vaccinated case has been decreased due to national holidays and military activities. One adult and one child passed away in October.

Other Activities

-The Day Care Center and Psychiatric Department of Sihanouk hospital are functioning smoothly.

-Two days Instruments Training to health workers of minor surgery, Phnom Srouch District Hospital, has been conducted. Dr. Mardy and I were involved in the training and three health workers from minor surgery were benefited by the training.



子供を診察している
サラヤン医師



郡病院のスタッフを指示して急患の処置をする
Dr.Narayan

■カンボジア救援医療活動報告

Malaria in Cambodia

by

Dr. Sek Mardy

20 November 1994

AMDA-Cambodia

Phnom Srouch, Kompong Speu

Malaria is a major cause of illness and death in Cambodia. In 1993, the Ministry of Health recorded about 100,000 confirmed cases and 1,100 deaths due to malaria.

The real figure, that would include cases not coming to government health facilities, may be much higher, with some estimate reaching 500,000 cases and 5,000-10,000 deaths annually. In addition to human loss, malaria in Cambodia takes a heavy toll on an economically vital sector of the population, young males venturing into the forest cutting trees as their main income for their families. The Ministry of Health therefore, considers malaria as the major communicable disease problem in the country with important economic and social as well as health costs.

The patterns of malaria transmission within Cambodia is very heterogeneous with the most intense transmission in forested areas along the Thai border and in the Northeastern part of Cambodia. The majority of the rice growing areas and the South-eastern provinces are malaria free. The National Malaria Center estimates that the population whose domicile is in a malaria endemic area numbers about 2 million, or 25% of the population. Much of the malaria transmission takes place in the forest where many young, non-immune adult males work as woodcutters, gem miners, and other related activities. In addition to the human loss among young males, illness and death in this vital sector of the population places a severe economic stress on their families, with effect reaching beyond basic mortality and morbidity figures. Reaching this often young, mobile, economically stressed population.

The parasite is one of the components of the disease that make the ecology of transmission in Cambodia uniquely difficult to control. Nationwide Plasmodium Falciparum comprises about 80% of the malaria cases with the rest being P. Vivax and occasionally P. Malariae. Multi-drug resistant falciparum malaria is a prominent feature of the disease in Cambodia. Drug sensitivity studies conducted over the past decade by the National Malaria Center indicates a high level of multi-drug resistance, especially in the western provinces. In the Northwest provinces, chloroquine and sulfadoxine-pyrimethamine can no longer be used for clinically diagnosed cases of malaria at commune level, and choice of an affordable and acceptable alternative has been difficult. Mefloquine is now being introduced into hospitals with laboratories, and in the Northwest, Quinine and Tetracycline is used at peripheral services with no microscope. It is recognized that inadequate availability of laboratory diagnosis leads to excessive use of unnecessary, expensive and difficult treatments, and efforts are being made to push diagnostic services as

into the periphery as possible. Mefloquine, usually the combined form with Fansida, "Fansimef" is now commonly found in the markets. Production of Artemisinin derivatives in neighboring countries is expected to increase very sharply over the next few years, potentially flooding the markets, which unless used properly, will foster resistance to one of the few new treatments available.

Treatment seeking behavior after acquiring an infection is another major issue in the ecology of disease in Cambodia. The wars and disruption government services over the past 25 years have forced people to rely on the private markets for treatment. Preliminary studies on treatment seeking behavior show that in certain district 80% of the population go first to the private market, severe cases spending an average of US\$100 on often unnecessary and dangerous medicines. There is a growing body of evidence significantly to the high mortality of the disease in Cambodia. According to the certain study conducted by NGOs and Ministry of Health, there is only 9% of the patients who first go the hospital. The market is the first choice of the treatment, after that these populations go to the hospital and frequently they have returned to the market or going to see the private health workers, as well as traditional healers. The quinine is usually found in the market for the malaria treatment. They are usually sold in inadequate dose and often associated with other medicines. In case of severe malaria, at the private clinics, the intravenous of quinine is always utilized but in inadequate dose, and Hydrocortisone is also frequent utilized in the intravenous of quinine.

The conclusion for auto diagnosis and treatment:

1. -- Villagers --
 - a. The majority of the population go the drug sellers and the private health workers taking the inadequate dose of antimalarial medicines but also other unnecessary and dangerous medicines.
 - b. Many prefer the different color medicines and injection medicines to other from such as pills. The dose of the medicine is often limited by the money they have.
2. -- Drug Sellers --
 - a. Most of them are non-qualified but they treat the patients.
 - b. Poor knowledge in the utilize of antimalarial medicines.
 - c. Selling quinine and tetracycline in inadequate dose and increase the price including other medicines such as vitamins and steroids.
3. -- Private Health Workers --
 - a. Knowledge is very low.
 - b. Utilize quinine in inadequate dose but frequently giving intravenous including hydrocortisone because they want the patient to pay more money.
4. -- In the Future --
 - a. The health system and education should be developed to make:
 - a. The patients to understand what the necessary medicines and

necessary medicines are.

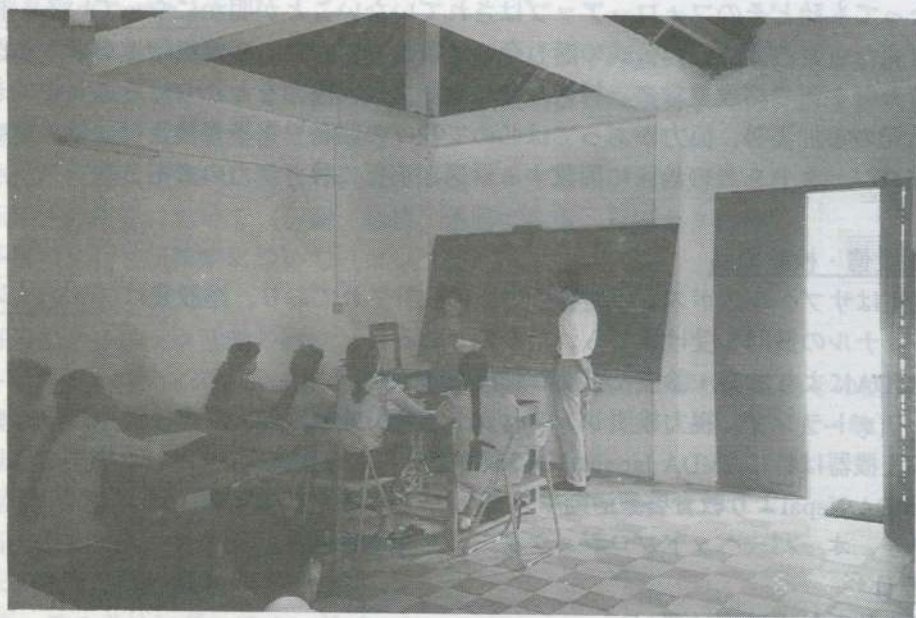
b. The drug sellers to sell quinine in sufficient dose and to decrease the associated medicines.

c. The private clinics to follow the treatment following the national protocol.

The national politic is to develop the diagnostic and treatment at the district level especially in the regions where the Mefloquine is introduced. The microscopes are also introduced into the communes where have a high malaria endemic and a good health infrastructure to improve the diagnosis and treatment. The most important thing is to change the population's treatment seeking behavior. Only through education and rebuilding of confidence in the Government Health System can change this.

REFERENCES

1. Malaria in the Kingdom of Cambodia: Epidemiology, Ecology and National Strategy for Control. Ministry of Health, National Malaria Center.
2. Instruction for the conference of Health Ministries Bangkok, 26-29 June 1994.



郡病院のスタッフに皮膚病について講義するDr.Sangeeta(黒板前左)と通訳するMr.Mardy(同右)

■タンコット村眼科診療 & 母子保健プロジェクト

タンコット村「眼科・母子保健サービスセンター」

AMDA-Nepal, AMDA-Japan共同プロジェクト

Dr.Sunu Dulal, AMDA Nepal 副代表
タンコットプロジェクト責任者

・背景

タンコット村はカトマンズ市の中心部から南西12キロメートルに位置しており、中国国境への幹線道路以外の全ての主要道路からのカトマンズへの玄関口となっている。タンコット村はカトマンズ近郊の村の中では最も人口密度の高い村の一つである。すぐそばにサトゥンガル、ダハチョウクの二つの村がある。タンコットはカトマンズ市街地からあまり離れてはいないが、それでも診療所が必要とされるネパールの典型的な特徴がある。この村は古くからの村で伝統的な考え方や因習ともいえるものが信じられている。これら三つの村の人口は約14千人、人口構成は60%以上がネワール族で主な職業は農業で古い文化を保存し居住形態は集団的である。約25%がブラフマンとチェトリ階層で農業や行政機関に属している。残りの15%がタマン族でその多くはポーターや底辺の労働を担っている。

病院でとった調査データからこれら村の人々は自分の健康についての意識が薄く、病気になっても殆どそのフォローアップはされていないことが明らかになっている。村の長老や村人たちとの公式、非公式の話し合いを重ね、村人たちの健康増進をはかる医療サービスセンターの開設運営に、村人たちの全面支援・協力をとりつけることができた。この地元の参加姿勢、協力があってはじめて我々の眼科・母子保健及び一般の健康センタープロジェクトをこの地区に開設する計画が実行に移されたのである。

・診療設備・検診備品

診察室はサブヘルスポストの建物の中心に設計されており、建設費はプランインターナショナルの援助を受け建てられたものである。

- ・AMDAにより診察・診療に必要な備品を整えた。
- ・スリットランプ、視力検眼レンズセット、額带式検眼鏡、耳鼻検眼診断器セット等の検査機器は特にAMDA-Japanからの取り寄せにより備えた。
- ・AMDA-Nepalより教育啓蒙活動やスタッフのトレーニングに用いるスライドプロジェクター、オーバーヘッドプロジェクター、ビデオ等提供。

・診療日

- ・基本的な外来診療は週6日
- ・眼科・母子保健サービスは毎月第一、第三土曜日。近日中に特別検診実施予定。
- ・健康保健教育は毎月第一、第三土曜日上記サービスと並行して実施。

・プロジェクト参加スタッフ

AMDAネパールからの派遣は、眼科専門医3名、小児科専門医2名、一般医2名、公衆

衛生看護婦3名、眼科衛生士1名。

ネパール政府保健省派遣からの派遣は、医療衛生士1名、看護助手2名。

*タンコット村プロジェクト現在の活動内容

- 1.視覚・視力検査
- 2.洗浄、注射等小外科的処置
- 3.更に必要に応じて他の専門医への患者ケースの紹介
- 4.白内障患者で既に視力障害を有し、手術する経済的余裕のない村人への手術施行
(手術はトリプバン教育大学またはティルガンガ眼科センターで行われる)

*母子保健サービス

1.産前ケア (母親学級)

・産婦の健康診断

・健康教育実施

・感染症予防

・各治療サービス

2.5歳以下診療

・5歳以下のこどもを対象に小児科専門医が免疫面や栄養面等での検診、診療を行う。

*一般診療

予防及び一般診療サービスを村民に提供。具体的には一般検診、治療、小外科処置等。

*保健教育プログラム

村の住民全体を対象に健康教育を実施する。特に以下の点については重点を置く。

- ・サニテーションについての個々の衛生観啓蒙 (安全な飲料水確保、排泄物処理等)
- ・免疫と家族計画の重要性について
- ・急性呼吸器系伝染病に関して、その原因やケースの個別の対処の仕方について
- ・伝染性の疾患について (疥癬、結核、胃腸寄生虫、胃腸カタル等)
- ・多種の流行性伝染病について (コレラ他)

*将来の展望

- ・毎週のクリニック活動の継続
- ・各種コミュニティでの保険衛生啓蒙活動の開始 (各世帯、学校、工場その他団体等)
- ・健康教育に連なる人材への指導 (教員、学生、村のソーシャルワーカー等)
- ・現在の医療サービスの継続
- ・地域のヘルスポスト機能の強化
- ・当医療センターでの眼科手術の実施
- ・伝統的な産婆の訓練

*評価、モニタリング、フィードバック

村人やネパール国内、国外から調査視察団、そしてAMDA医師、専門家等による批評、提言、コメント等を受けることで、評価、モニタリング活動を行い、このプロジェクトにフィードバックしていく。

AMDA国際医療情報センター便り

160 東京都新宿区歌舞伎町2-44-1-1 ハイジア
 Tel 03(5285)8088, 03(5285)8086, FAX 03(5285)8087
 556 大阪市浪速区難波中3-7-2 新難波第一ビル704
 Tel 06(636)2333, 06(636)2334, FAX 06(636)2340

センター東京 外国人医療相談受付状況

	91年度	92年度	93年度	94/11月	94/4-11月	開設-累計
ペルー	40	99	129	28	188	456
イラン	13	17	51	27	131	212
ブラジル	44	74	135	26	246	499
中国	129	157	130	25	197	613
日本	24	16	43	17	163	246
フィリピン	65	86	145	15	98	394
アメリカ	287	376	308	15	150	1,121
タイ	5	15	50	9	54	124
英国	37	70	72	8	48	227
韓国	16	42	68	3	47	173
台湾	17	13	12	2	17	59
カナダ	58	64	34	2	18	174
シンガポール	5	5	6	1	2	18
ミャンマー	5	8	5	1	12	30
インドネシア	1	3	2	1	7	13
バングラデシュ	40	28	29	1	5	102
インド	11	15	12	1	5	43
ドイツ	12	12	12	1	6	42
コロンビア	4	6	14	1	14	38
メキシコ	3	6	3	1	10	22
オーストラリア	41	67	43	1	12	163
ルワンダ	0	0	0	1	1	1
その他の国	200	154	208	0	79	641
不明	47	131	328	44	301	807
合計	1,104	1,464	1,839	231	1,811	6,218

1. 外国人相談者居住地域

11月		累計			
東京	81 (35.1%)	2991 (48.1%)	他県	39 (16.9%)	748 (12.0%)
神奈川	19 (8.2%)	655 (10.5%)	不明	62 (26.8%)	995 (16.0%)
埼玉	23 (10.0%)	464 (7.5%)	合計	231 (100%)	6218 (100%)
千葉	7 (3.0%)	365 (5.9%)			

2. 相談内容 (複数回答)

11月	
(1) 言葉の通じる病院の紹介	86 (30.4%)
(2) 病気・医療についての情報 (病気の不安含む)	61 (21.6%)
(3) 医療機関紹介 (言葉の問題以外)	46 (16.3%)
(4) 医療制度・福祉制度相談 (保険制度など)	14 (4.9%)
(5) 治療費の問題・トラブル	14 (4.9%)
(6) 渡航時予防接種	2 (0.7%)
(7) 小児予防接種	2 (0.7%)
(8) 言葉の問題のみ	15 (5.3%)
(9) HIV関連	8 (2.8%)
(10) 労災・交通事故	5 (1.8%)
(11) ビザ・外国人登録	4 (1.4%)
(12) カウンセリング・精神関係	9 (3.2%)
(13) その他	17 (6.0%)
合計	283 (100%)

3. 他機関からの相談件数 (機関別)

(1) 病院	4	(2) 公的機関 (大使館・自治体等)	4
(3) マスメディア	12	(4) NGO	2
(5) そのほか	2	(6) 一般企業	1
合計		合計	25

4. 他機関からの相談・問い合わせ内容 (複数回答)

(1) 通訳・言葉	2	(2) 医療機関紹介	2
(3) HIV関連	3	(4) AMDA本部について	5
(5) 活動内容	13	(6) そのほか	6

<センター東京活動報告>

- 小林所長 11月1日 ジャミックジャーナル取材 9日(財)東京都健康推進財団担当者と懇談 17日NHK取材 19日読売新聞取材 23日センター関西一周年記念シンポジウム出席(大阪) 24日 鶴ヶ島取材
- 12月11日の日曜日に登録医、協力医の先生方にお集まりをいただいて「外国人のHIV陽性者、AIDS患者を医療機関に迎え入れるための実務者会議」を非公開で開催致しました。あいにく交通事情が悪く、山の手線等が止まってしまうと言うアクシデントがあり、予定人数よりも少ない人数でしたが、内容的には非常に濃い会議となりました。実際に患者さんを診ていらっしゃる先生からのお話は大変貴重なものでした。活発な質問もあり、良かったと思います。今後この会議の成果を生かしていきたいと考えています。
- 今月はカウンセリングや精神科を求める電話が目立ちました。ストレスの強い環境にいる方々の状況がしのべれます。

センター関西 相談等受付状況

地域	国名	Dec-93	Jan-94	Feb-94	Mar-94	Apr-94	May-94	Jun-94	Jul-94	Aug-94	Sep-94	Oct-94	Nov-94	累計 (%)
アジア	中国	6	1	5	3	3	4	2	2	2	4	2	3	37 (5.4)
	韓国	4	-	5	2	3	3	2	1	2	-	1	2	25 (3.6)
	台湾	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	2 (0.3)
	香港	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	3 (0.4)
	タイ	1	1	-	-	1	-	-	1	1	-	4	2	11 (1.6)
	インドネシア	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	3 (0.4)
	フィリピン	-	1	1	1	1	-	4	1	1	-	-	1	11 (1.6)
	ベトナム	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2 (0.3)
	インド	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2 (0.3)
	ネパール	-	1	1	1	1	1	-	-	-	1	-	-	6 (0.9)
	パキスタン	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (0.1)
	スリランカ	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2 (0.3)
	バングラデシュ	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	1	3 (0.4)
	マレーシア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1 (0.1)
日本	-	-	-	5	-	3	6	1	-	1	4	4	24 (3.5)	
不明	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1 (0.1)	
	アジア小計	13	5	12	14	11	14	17	6	8	7	12	15	134 (19.4)
中南米	ヘルレー	3	4	5	11	9	9	7	11	5	6	8	3	81 (11.7)
	ブラジル	1	6	7	11	11	3	12	21	34	27	14	15	162 (23.4)
	ボリビア	-	1	5	-	1	-	1	3	-	4	5	6	26 (3.8)
	コロンビア	-	2	1	-	-	-	-	1	-	-	-	3	7 (1.0)
	バハマ	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (0.1)
	メキシコ	-	-	-	-	-	-	1	-	2	1	-	-	4 (0.6)
	ホンジュラス	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2 (0.3)
	アルゼンチン	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1 (0.1)
	不明	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	4 (0.6)
	中南米小計	4	13	18	23	21	12	21	36	46	40	27	27	288 (41.7)
北米	アメリカ	9	9	7	10	11	11	18	11	8	9	9	8	120 (17.4)
	カナダ	1	3	1	2	2	1	3	1	-	6	4	3	27 (3.9)
	北米小計	10	12	8	12	13	12	21	12	8	15	13	11	147 (21.3)
欧州	ロシア	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	4 (0.6)
	イギリス	-	2	-	-	8	-	3	3	3	4	2	-	25 (3.6)
	アイルランド	-	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	3 (0.4)
	フランス	-	-	-	1	-	3	-	-	-	1	-	-	5 (0.7)
	オランダ	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (0.1)
	スウェーデン	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1 (0.1)
	ドイツ	-	-	-	-	-	2	-	-	1	2	1	1	7 (1.0)
	スペイン	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2 (0.3)
	ポーランド	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1 (0.1)
	オーストリア	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1 (0.1)
	欧州小計	1	4	-	1	8	7	4	3	6	8	7	1	50 (7.2)
オセアニア	オーストラリア	2	-	1	3	4	1	3	1	-	3	3	-	21 (3.0)
	ニュージーランド	-	-	2	3	1	1	2	2	-	-	2	-	13 (1.9)
	オセアニア小計	2	-	3	6	5	2	5	3	-	3	5	-	34 (4.9)
中近東	イスラエル	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 (0.1)
	イラン	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	1	4 (0.6)
	中近東小計	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	1	1	5 (0.7)
	不明	3	3	6	2	-	1	6	1	4	2	2	3	33 (4.8)
	合計	33	37	48	58	58	48	76	61	72	75	67	58	691 (100)

1. 国別件数

中国	3 (5.2%)	インド	1 (1.7%)	ペルー	3 (5.2%)
韓国	2 (3.4%)	日本	4 (6.9%)	ボリヴィア	6 (10.3%)
インドネシア	1 (1.7%)	イラン	1 (1.7%)	コロンビア	3 (5.2%)
タイ	2 (3.4%)	アメリカ	8 (13.8%)	ドイツ	1 (1.7%)
フィリピン	1 (1.7%)	カナダ	3 (5.2%)	不明	3 (5.2%)
ベトナム	1 (1.7%)	ブラジル	3 (4.5%)	合計	58 (100%)

2. 外国人相談者居住地域

大阪	30 (51.7%)	滋賀	2 (3.4%)	香川	1 (1.7%)
兵庫	7 (12.1%)	和歌山	2 (3.4%)	富山	1 (1.7%)
京都	5 (8.6%)	三重	4 (6.9%)	千葉	1 (1.7%)
奈良	3 (5.2%)	広島	1 (1.7%)	福島	1 (1.7%)
				合計	58 (100%)

3. 相談内容 (複数回答)

言葉の通じる病院の紹介	27 (34.2%)	予防接種	4 (5.1%)
外国で診療経験のある医師の紹介	6 (7.6%)	治療費の問題	7 (8.9%)
病気・医療についての情報	3 (3.8%)	苦情	4 (5.1%)
医療機関紹介	10 (12.7%)	薬	2 (2.5%)
医療制度・福祉制度相談	4 (5.1%)	HIV	1 (1.3%)
言葉の問題	7 (8.9%)	その他	4 (5.1%)
		合計	79 (100%)

4. 他機関等からの相談

マスメディア	10	公的機関	9		
NGO	3	企業	1	合計	23

5. 他機関からの相談問い合わせ内容 (複数回答)

活動内容	8	医療機関紹介	1	予防接種	1
取材	9	言葉の問題	1	その他	17
				合計	37

6. ボランティアの問い合わせ

スペイン語	1	タイ語	1	合計	2
-------	---	-----	---	----	---

センター関西活動報告

1. グローバルセミナー第2部「外国人SOS～外国人医療を考える～」

京都市国際交流協会主催 11月12日(土)午後2時～4時
宮地尚子センター関西代表が、パネリストとして講演。

2. センター関西設立1周年記念シンポジウム 外国人診療に関する相談事業の経過と地域の対応
～妊娠・出産・エイズを中心に～ 11月23日(水)午後1時半～4時半 於エルおおさか
出席者 51名 講演して下さった先生方のお話は、外国人や彼らを受け入れる医療関係者が
直面する問題を具体的に示した、有意義なものであったと好評でした。

<はじめに>

近年、DAC(開発援助委員会)によってODA(政府開発援助)の質的向上のために、実際の進行中もしくは終了した案件について、体系的かつ客観的に「評価」することが望ましいとされてる。わが国の政府開発援助についても将来の政策や実施に活用すると共に、納税者である国民に対して報告するためにもODAの評価事業は外務省、援助実施機関(JICA,OECD等)、在外公館、有識者(学者、文化人、ジャーナリスト、民間団体研究員等)などで行われている。

このほど、ネパールにおいて行われた保健医療援助プログラムの評価を行うため、外務省経済協力室ODA評価室の方から保健医療の専門のNGOであるAMDAへと依頼が来て、AMDA事務局とAMDA学術委員会の調整の結果、日本の地域医療の現場のご経験の深い自治医科大学の岩井先生とAMDAのネパールプロジェクトを担当している私とが参加させていただいた。

<構成員>

岩井 くに(自治医科大学地域医療学教室、AMDA)

山本 秀樹(岡山大学医学部公衆衛生学教室、AMDA)

小林 賢一(外務省経済協力局調査計画課)

<日程>

11月17日(木)	成田出発→カトマンズ到着
11月18日(金)	日本大使館訪問 ネパール政府大蔵省、保健省、教育省訪問
11月19日(土)	AMDA タンコット村プロジェクト訪問 カトマンズ→ポカラ 移動
11月20日(日)	ポカラのRTC(地域結核センター)訪問
11月21日(月)	ポカラ→カトマンズ 移動 パタン市内の小学校・職業訓練学校見学
11月22日(火)	NTC(国立結核研究所)訪問
11月23日(水)	トリバン大学医学部・同付属病院訪問
11月24日(木)	コパンPHC(プライマリーヘルスケアセンター) 日本医師会・JICA共同事業 訪問
11月25日(金)	ネパール政府大蔵省、保健省、教育省報告
11月26日(土)	カトマンズ発
11月27日(日)	成田着

<総括>

今回の、評価事業では「トリバン大学医学教育プロジェクト」、「ネパール結核プロジェクト」の2つの案件がその対象であったが、両事業ともに無償供与された設備、機材のメンテナンス、技術移転に困難を抱えていながらもネパール政府の手で運営が続けられようとしていた。そのほかにも日本医師会のPHCの事業を訪問したり逆にAMDAのタンコット村眼科診療事業に外務省、日本大使館の方をお招きしたりしてGO,NGOの連携を行う上での良い経験となった。また、今回の評価事業の実際の様子は岩井先生の「栃木便り」で紹介の予定なので、今後の号を楽しみにしていただきたい。この評価事業の最終報告書は外務省より「経済協力評価報告書」として発行される予定なので詳しくはその報告書を参考にさせていただきたい。最後に、我々のような若輩のものに、このような大役を任せてくださった外務省、ならび日本大使館、JICA等諸機関の皆様に感謝いたします。

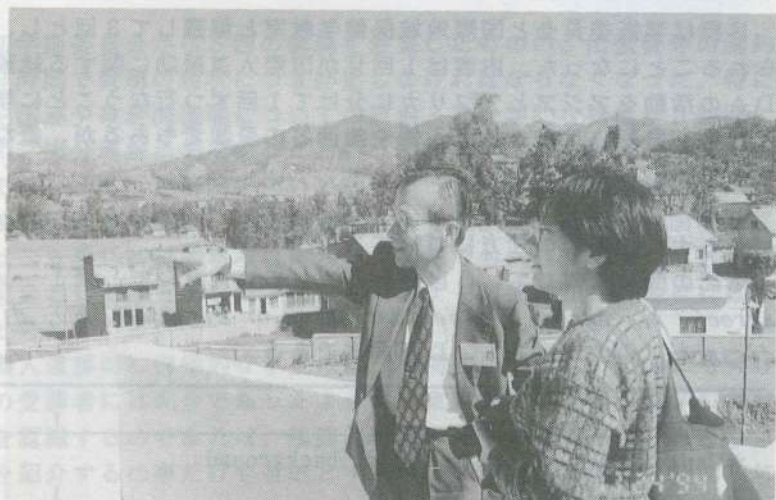
トリバン大学
検査室



ネパール結核研究所
左からAMDA:山本
Dr.Shakya所長
AMDA:岩井、小松
チームリーダー
外務省:小林



コバシPHCプロジェ
クトを案内して下さる
Dr.倉辻(JICA、
チームリーダー)



AMDA - SEMINAR '94: "The International Humanitarian Aid by NGOs"

Evaluationの集計結果について

学術委員会

AMDA学術委員会は94年10-11月の3回にわたり、東京大学大学院・国際地域保健学講座において、上記表題のセミナーを開催しました。全講義終了後、受講者にセミナーの評価をお願いしたところ、約7割の学生から9枚の回答が得られました。以下にその内容を要約し、大学院に於けるこれからの国際保健学の教育の進め方につき、検討してみたいと思います。

<講義日程と内容について>

5名の演者が次の様な内容で講演し、回答者にはどれに出欠したか尋ねた。

- *October 15, '94 (Takahashi); *attended(5), not attended(4)*
"Who are the refugees?" "Emergency responses by NGOs"
- *October 29, '94 (Pokharel); *attended(6), not attended(3)*
"AMDA activities in Nepal"
- *October 29, '94 (Grut); *attended(6), not attended(2)*
"AMDA activities in Cambodia"
- *November 12, '94 (Hasegawa); *attended(9), not attended(0)*
"AMDA activities in Somalia"
- *November 12, '94 (Suganami); *attended(8), not attended(0)*
"Current status of humanitarian aid NGOs, and AMDA principal"

日程は学術委員会と国際地域保健学教室と協議して3回とし、受講者には1単位が与えられることになった。内容は1回目が国際人道援助に関する総論、2回目と3回目はAMDAの活動をアジアとアフリカに分けて1回ずつ行なうことに学術委員会が決定し、個別に演者をお願いした。無記入例や無回答の受講者もあるが、概ね回を重ねる度に出席者が増えていることが判る。

<セミナーの準備の仕方について>

下記の問いに対して、5段階評価をしていただいた。尚I~Vについては、*Strongly agree(I)*, *Agree(II)*, *Neither agree or disagree(III)*, *disagree(IV)*, *Strongly disagree(V)*を意味し、以下同様である。

Questions	I	II	III	IV	V
*Content was suitable for my background and experience.	1	7	2	0	0

6割を超える者が肯定的に回答しており、このようなセミナーが大学院教育で要望されていることが判る。さらに将来人道援助活動に参加することに興味を抱いたか、という問いには、「強くそう思う」の1名を含め、7名が積極的に回答した。このような活動を推進している者として、この結果には心強く感じた。殆どの回答者が「このセミナーを後輩に勧めたい」と答えてくれた事も、準備を進めた者として嬉しく受け止めている。

〈大学院に於けるこれからの国際保健学の教育の進め方について〉

国際保健学という定義のはっきりしない学問を、最高学府で教育する場合、最も必要とされることは、何を教えたのかというcourse organizerの指針で、それを如何に多様な知識と経験を有す講師陣と大学院生でenhanceさせるかという、内向きと外向きの2つの力を上手に整合させる努力が求められる。日本の大学院で国際保健学を教授している大学は未だ少数であり、この整合性が確立されていないのが、現在問題となっている。

英語による講義は国際問題を多国籍の受講者で討議する際必須で、先方からも英語による講義を依頼されたが、遺憾にも今回受講者の英語力では理解力(特に読解力)、表現力とも不十分と感じた。従って第3回目の講義は、日本語主体の講義を学術委員会の方から演者に推奨したところ、回答では逆に日本人を含め受講者から強い不満が示された。

日本の大学等で英語の講義が定着しないのは、受講者の英語力の欠如でなく、英語による講義に不慣れなためと考えられる。course organizerによる、日常からの英語の常用化の努力なしには、日本人院生の英語の理解力と表現力を洗練させることは困難であろう。

大学院に於ける国際保健学の教育は、この分野での人材育成が急務となった事の他に、欧米の教育機関で国際保健学が積極的に推進され、近年日本人が多数留学していることが背景にある。しかしわが国のこの学問分野に於ける文化的・歴史的背景を熟慮した場合、欧米の有力大学のカリキュラムに追随することが必ずしも得策と云えない。むしろアジアの一員としての日本独特の健康に対する価値観や、世界の人々と共有すべきわが国の保健医療分野での向上の歴史等を、うまくカリキュラムに組み込められれば、日本の大学院に於ける国際保健学は、先進国の学生や社会人からも充分注目されるであろう。幸いにも、国際地域保健学講座は大学院大学として独立しており、保健医療関係者だけでなく、政治学・経済学・社会学といった学際的な講師陣を招くことが可能である。大井玄教授の今後の御高配に期待する。

セミナーの内容は、当初学術委員会から8回の講義を希望したものの、出張費等の制約で3回に削減され、合計9時間で表題の現状につき詳述しなければならなくなった。特に1回目の総論は、国際法や国連や政府間機関についての政治・社会学的な講義が3時間に圧縮されて行なわれたため、充分理解出来なかったという不満が示される一方、このような基礎的事項は極めて重要であり、もっと時間を割いて欲しかった、という要望もあった。大学院の教育は経験談の披露に終わらせず、その活動から何を教訓としたのか、国際関係上で是非共知っておかねばならない基礎的事項は何かを、難解でも一通り理解しておいて頂く必要がある。学術委員会としては今後も大学院からセミナーの依頼がある場合には、この方針を貫き通したいと考えている。

講義時間の設定は、国際人道援助に積極的な学生には、時間的にも討議の迫力にも欠け不満足であり、それ以外の受講者には充分であったようだ。東京大学が国際保健学に於ける国際人道援助の重要性を認識するのであれば、総講義時間は増やされるべきであろう。逆に学生達にNGO活動を紹介するの事だけを目的とすれば、この程度の内容と時間数に止めておくべきであろう。

My undergraduate background was; nursing>medicine>intnt'l relations, etc.					
*Subject matter was adequately covered.	0	8	1	0	0
*Schedule was well-spaced.	0	7	2	0	0
*Meeting space.	0	6	3	0	0
*Meeting time.	0	4	3	2	0

受講者の学部専攻うち最も多かったのが看護学で、次いで医学がその半分、他に国際関係学を卒業した文系の学生も1名いた。セミナーで取り上げた項目についてはかなり評価されたが、1週間おきの土曜の午後に関講したことは多少不満も見られる。

<セミナーの進め方について>

Questions	I	II	III	IV	V
*Handouts were relevant.	0	7	1	1	0
*Slide/OHP was adequately prepared.	0	7	2	0	0
*English lecture.	1	6	2	0	0
*Participants were encouraged to take an active part in discussion.	0	4	5	0	0

*Was the seminar length(app.3hr.); *too short(3), too long(0), correct(6)*.
 *Were there enough participants; *too few(2), too many(0), correct(6)*.

講義で配布した資料や供覧したスライド/OHPシートについては概ね良好な回答を得た。英語による講義は1回目と2回目に行い、3回目は日本語主体で、英語のコメントを適時付けたが、回答者の大半は英語の講義を希望している。一方、受講者が積極的に議論に参加したかの問いには半数以上が「どちらとも云えない」という返答をしている。これらの結果については後述する。講義の長さや受講者数については、適当とする者ともっと長大にすることを希望する者が2:1であった。

<受講後の感想>

Questions	I	II	III	IV	V
*Overall organization (change of schedule, lectures, etc.).	0	6	2	0	0
*The programme met my individual interest.	2	4	3	0	0
*Programme was relevant to my (future)job.	0	5	4	0	0
*I was interested to join humanitarian aid activities in future.	1	6	1	1	0
*I'd recommend this programme to my colleagues.	0	8	1	0	0

セミナーがNGOサミットの前後に開催されたため、AMDAの都合で演者や講義内容が予告から変更されたりしたが、受講者には多少の迷惑になった程度であった。講義内容が受講者の興味に合ったか、また今後の自分が付きたい職業に関係したかとの問いには、

NGOサミット
沖縄会議



沖縄の歴史と地理的条件を踏まえて国際協力のあり方を探ったNGO会議＝メルパルク沖縄

沖縄は国内拠点に最適

ネットワーキングづくり急務

地域からの国際協力 沖縄のNGOは、いまを待たずに「国際貢献NGOサミット沖縄会議」主催・アジア医師連絡協議会が二十四日夜、那覇市のメルパルク沖縄で開かれた。大交

易時代の歴史、全国有数の移民県としての沖縄は肩ひり張らずに外国の人々と交流を重ねてきたことから国際化が最も進んでいるとNGO(非政府組織)の国内拠点に最適地との指摘がされる一方、交流をしている団体相互の情報交換の場が

少ないとして、ネットワークづくりを急ぐことを確認した。シンポジウム形式で行われた会議には市民約百人が出席。パネリストには県内から沖縄タイムスの由井晶子論説顧問、琉大医学部の岩永正明教授、高里鈴代那覇市議、詩人の高良勉さん、海外からネパールのラメシユール・ポカレルさん、バンガラデシのアラディン・マハメッドさんの六氏が参加した。

海外から参加した二人の日本本土にない歴史、東南アジアに最も近い地理的条件が気さくな交流を可能にしている」と指摘。さらに「四、五十代の人ならだれでも、外国から援助されたことを覚えている。開発途上国の現状を見れば手を差し伸べようと思うのは当然」と述べた。

パネリストは、自国の実情を「文盲率が高く、子供たちを学校に行かそうにも重要な労働力となっていて難しい」きれいな水を確保し住民が病気になるない対策が最重要」と説明、「外国からの援助は、これらの人々に恩恵をもたらすまでにならないケースが多い」と指摘して援助される側の水準に合わせた協力が求められる、と強調した。

沖縄県民の国際協力について県内のパネリストは、相互に情報交換を行う場の設置が不可欠との意見が相次ぎ、ネットワーキングを図ることで、より役に立つ国際協力が可能になると確認した。

栃木便り

—岩井く—to

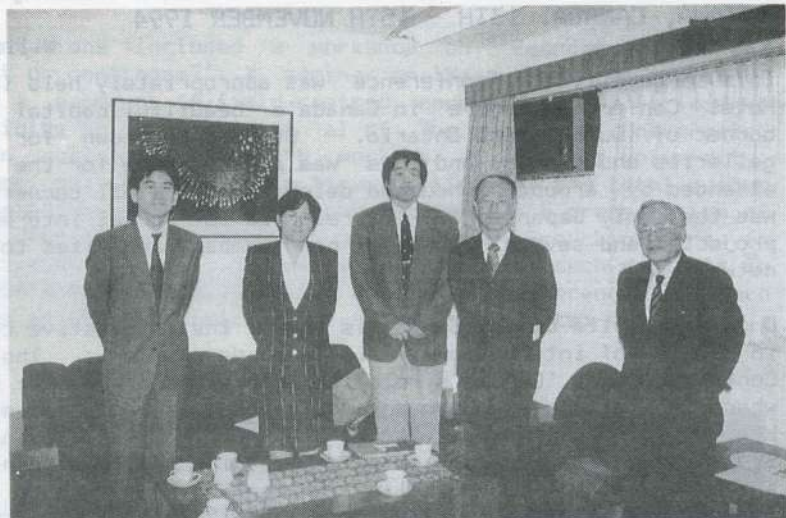
毎月同じ書き出しですが、みなさんお元気ですか。私も大学教員生活6カ月、子供でしたら坐位が可能な時期となりました。そのせいでもないでしょうが、このところパソコンに向かって1日座り続けの毎日です。当然、机の上には菓子皿が常備されており、最近かがむとお腹がつかえる、なぜかな？（ちなみにわが家には体重計はありません）

さて、気ままな時間は大学教員の特権とばかりに、11月17日から27日まで、山本秀樹先生といっしょに、外務省の「経済協力有識者調査事業」の一環としてネパールへ行って来ました。事前にチェックしていったのは観光名所とお土産リストと、下心見え見えの参加ではありましたが、日当をもらった以上仕事せざるを得ず、おまけに、お腹をこわして大使館から薬をもらいながらの強行スケジュールでした。幸い病気は大事にいたらず、しつこかった水様性下痢も、抗生物質1錠飲んだらびたりとおさまり、人類の歴史で抗生物質が初めて発見されたときの感動はこのようなものではなかったかと感無量。その上、成田空港にスーツケースが着かないという事態が発生し、はらはらさせられました。2日後には見つかりました。しかし、今回の旅行ではAMD Aネパールの面々にも会うことができましたし、彼らのタンコット村プロジェクトを見学し、日本の我々もがんばらなくては、と気持ちを新たにした次第です。最近聞いたところでは、山本先生はじめ調査団一行（といっても総勢3人）は全員、帰国後体をこわして寝込んでしまったとか、枕を並べて討ち死にとはこんな状況を言うんでしょうか。

帰国後、私の机の上にはネパールで撮った500枚にも達しようという写真と（必要な分焼き増ししたら、10万円近くかかってしまった！）貯めておいた2週間分の仕事、その他に授業の資料やら、申請書類の山やらがヒマラヤの地層のように積み重なり、その造山運動は周囲に波及しつつあります。今ではもう、何をするのも発掘調査！自分でもどこに何があるのか詳細不明の状態です。そのうちアンモナイトが出てきたりして...

また、話は変わりますが、12月8日に「在日外国人医療のこころみ」と題して、医療福祉相談室のご協力のもと、4、5年生を対象に授業をおこないました。初めての試みで、どうなることかはらはらしたのですが、予想の2倍近い学生が出席し、ほとんど居眠りもせずに聞いていた、という予想以上の盛況でした。とくに、MSWの石井さんからの事例発表は好評で、ある学生は「知識を覚える授業が多い中、この授業はとてもおもしろかった」と言いに来てくれたほどです。その余勢をかって、来年はセミナーも計画中ですが、自分の能力がついてこないと困るので自分自身勉強しなくてはと、思っています。

ネパールの日本大使館にて(左から、外務省の小林さん、岩井、Dr.山本、吉田大使、石河公使)



タンコット村のクリニックにて、AMDAネパールのメンバーと



地域結核センター(ボカラ市)のミシュラ所長の説明を受ける調査団



1994 CANADIAN CONFERENCE ON INTERNATIONAL HEALTH,
OTTAWA, CANADA. 13TH - 15TH NOVEMBER 1994

William Grut. AMDA-Canada

This large bilingual conference was appropriately held in the Citadel Towers Hotel Conference Centre in Canada's beautiful capital city located on the border of Quebec and Ontario. Ottawa is known for its fine buildings, galleries and museums and thus was a fine venue for the conference which was attended by around a thousand delegates from all corners of the globe. AMDA was the only Japanese NGO represented but great interest was shown in its projects and several potential new members recruited to expand its Canadian network.

On a per capita basis, Canada is one of the most active countries in the world in terms of international aid and development. The main theme of the Conference was 'Canada's role in International Health; Where we've been and where we're going'. However, the subthemes of 'Challenges to Equity Centred Health', 'The Decentralization of the Health Sector', and 'Health Information Systems', allowed a broad range of Canadian and developing country individuals and organizations involved in international health to exhibit and discuss their work.

Canada has several unique aspects which contribute to its importance as a centre of world aid. The first is its well known political neutrality and major regular involvement in UN Peacekeeping operations around the globe. The second is its extraordinary size, making it both one of the 'Pacific rim' as well as the 'Atlantic rim' nations. It is a nation of a mosaic of peoples with two official international languages of English and French, as well as its own native tongues. And finally, it has its own areas of underdevelopment - mostly in its northern areas - and thus great experience in community development and primary health care. Being one of the 'rich' countries of the world it also has an excellent and efficient infrastructure with communications and technological resources matched by few others.

The most important speakers of the conference included the Honourable Christine Stewart, Secretary of State, Latin America/Africa, the Honourable Diane Marleau, Minister of Health, and Dr Dean Jamison, author of the 1993 World Bank Report - 'Investing in Health'. Dr. Jamison spoke on 'A Global perspective on the Future of International Health'. In addition, the conference was privileged to be selected as the venue for the international premiere of the film 'Goldtooth', a half hour animated film commissioned by 'Street Kids International', an organization dedicated to helping the hundred million homeless children around the world. The message of the film was against drug usage and was a sequel to their highly successful 'Karate Kid' film - aimed at AID's awareness, which has been translated into more than 40 languages for field locations over the globe.

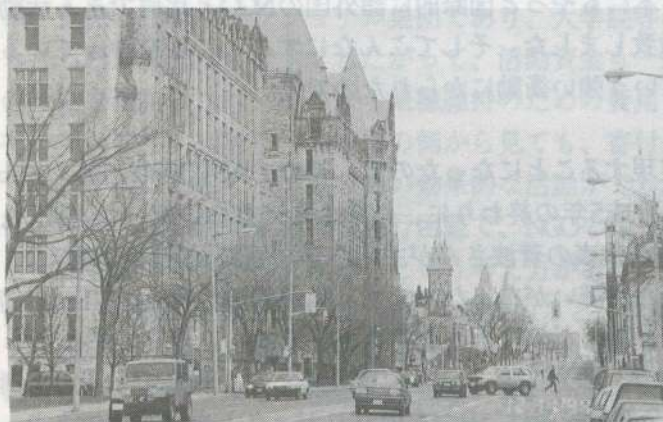
Apart from the main plenary and guest speaker sessions the conference consisted of paper presentations, seminars, workshops and poster presentations. The subject matter was wide spanning areas ranging from direct project reports to socio-political analyses, and trend projections. One of the most interesting sessions, and one of the subthemes of the whole conference was related to health information systems. Within this, the workshops on electronic communications and on-line resources were some of the most popular items of the whole conference. Highlights from this included a presentation of the Healthnet project to establish satellite based telecommunications between health and development groups in Africa, an explanation of the HealthNet listserv, the HealthNet World Wide Web (WWW) on the Internet, and the Laval University 'Gopher Sante International' information tracking system. Indeed, the popularity for these sessions was so great that it was virtually impossible for late-comers to get through the door and indicated the new realization of the incredible potential of computer networking in the

international health sphere.

Other notable presentations included a workshop on 'Emergency aid and development: Conflict or continuum?', a seminar on 'Measuring the impact of war on health', and a paper on 'A field centred core curriculum to improve community health training by R Fikree et al of The Aga Khan University, Karachi, Pakistan in collaboration with workers at McGill University, Montreal. These however only represented a tiny fraction of the total number of fascinating presentations made. AMDA's contribution was a presentation of the planning strategy for the establishment of the Phnom Srouch project in relationship to the training skills necessary to implement such projects in general. This was AMDA's first involvement in a Canadian conference and much interest was generated in its organization and overseas projects.

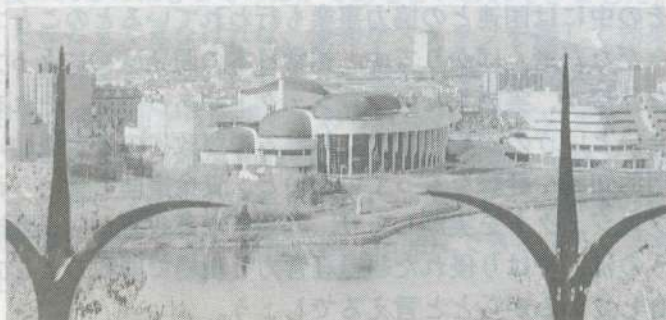
William and two new
AMDA enthusiasts!
Left (in blue) Ms.Maki
Ikemura,Univ.Alberta
Middle (in black) Ms.
Lianne Yoshida,
McMaster-University.

(onlaric)



Ottawa-city of stone and copper

Ottawa River and Museums
(Museum of Mankind - with
hills of Quebec in background)



AMDAへのメッセージ

笹川平和財団

近藤 祐次

私がAMDAの活動のことを知ったのは、今から4年ほど前のことでした。当時、笹川平和財団でアジアの発展途上国の開発NGO活動支援事業を担当するプログラムオフィサーとして活動しているときに、国内外でAMDAの名前を時々耳にしていたのです。海外への緊急救援活動はひとえに米国や西欧諸国の政府援助機関やNGOの専売特許だと思っていたのですが、わが日本から医師や看護婦の方々が日本のNGOから多数派遣されていると聞いて、本当に驚いたことを今でも昨日のように覚えています。当時私はアジア地域を頻繁に訪問し、数多くの地元のNGOや国連などの国際援助機関と情報交換や仕事をしていたのですが、現場で痛感することは、開発協力や緊急援助の分野で、いかに日本のNGOや財団のような民間援助組織の活動がなされていないかということでした。いわゆる開発協力という分野では、いくつかの実力ある日本のNGOがアジア地域を中心に活躍していましたが、緊急医療援助分野では当時日本のNGOはほとんど活躍していないというのが、当時の私の認識だったのです。世界中との貿易を通じた経済活動の結果、経済大国となった日本が他国民の苦境に対して手を貸さないという状況は日本人として恥ずかしいことではないかと、大変残念に思っていました。ところが岡山市の医師がアジア地域で医師のネットワークを持ち、世界中の難民キャンプに長期にわたって医師や看護婦の方々を派遣して医療活動を行っている聞き、認識を新たにすると同時に、日本にもやっと国際的に諸外国のNGOと比肩できる活動をやるNGOができたのかと感激致しました。そしてこんなにすごいことをやっている人物に是非とも会ってみたいという強い衝動にかられたのです。

しかしながら、その願いが実現することになったのは、初めてAMDAの名前を知ってからずっと後のことでした。平成5年の終わりに、以前より知り合いだったAMDA東京事務所の夏目さんからAMDA代表の菅波さんが主宰する「国際貢献NGO懇話会」にメンバーとして参加しないかとお誘いがあったのです。私が菅波代表とAMDAに巡り会える千載一遇のチャンスだと喜んだのは言うまでもありません。そして懇話会を通じて、AMDAの活動内容も次第に理解できるようになりました。現在では世界各地で日本政府外務省や郵政省の資金援助を受け、9つものプロジェクトを実施中であり、その中には国連との協力事業も行われているとのことで、その幅広く活発な活動にはただただ驚くばかりです。通常日本の開発NGOにとって、活動資金集めは大変に困難な仕事で、実施したいプロジェクトがあっても、それを実行するための資金が集まらないというのが現状です。外務省や郵政省の資金援助にしても、NGOがある程度の専門的知識や経験をもっていないと、資金援助を受けられません。AMDAが国連と共同プロジェクトを実施したり、外務省や郵政省から資金援助を受けることができるというのは、やはり優れた組織経営力と現場で即戦力として活躍できる有能なスタッフを有しているからとと言えるでしょう。

わたしはAMDAがいずれは日本を代表する国際貢献NGOになり、今後その活動への国内外からの期待がますます増加するだろうと思っています。世界の情勢に目を転じると、戦後50年に渡って先進諸国政府は発展途上国に対して、持続的貧困状況を除去するために開発援助の手を差し伸べてきましたが、その結果はアジア地域を除いては芳しくありません。また、欧米の民間財団や開発NGOも発展途上国への開発援助に疲れを見せてきています。一方、ソ連崩壊によって二極冷戦構造が終わったものの、その反動で世界の諸地域で政治的又は宗教的対立を背景とした局地的紛争が勃発しています。これらの紛争によって近年、世界各地で難民が増加するという悲しい傾向がでています。したがって、おそらくこの10年間程度は世界政治の流れに余程大きな変化がない限り、紛争地帯の難民に対する緊急援助の必要性がますます大きくなると思われます。今までの活動実績でこれらのニーズにきちんと応えられる緊急救援NGOは、わが国ではおそらくAMDAをおいて他にはないでしょう。その意味でAMDAに対する国内外からの期待が大きくなると思われます。

しかしながらAMDAが世界の期待に応えるようになるには、今少し越えなければならぬハードルがあると思われます。それは組織としての基盤をいかに安定させるかということです。ここ数年、マスコミがNGOについて取り上げているので、少しは知られてきているようですが、残念ながら日本ではNGOの知名度ははなはだ低いといわざるを得ません。仮に知っている人がいるとして何かの「ボランティアグループ」程度にしか認識されていないのが現状です。しかし日本以外の諸外国ではNGOといえば、立派なプロフェッショナル集団であり、大学院等の高等教育を受けた人達のれっきとした就職先なのです。したがって、活動資金も一般市民からの寄付や国内外政府の援助を豊富に受け、そこから組織維持のための費用をきちんと確保した上で活動を行っています。寄付をする市民の側から見ても、寄付金から組織維持の費用が出されても、そのことにとって質の高い効果的な活動ができると理解されています。そこには世の中には政府や企業でも実行困難で、NGOのような民間の非営利団体が行うに適した社会的ニーズが存在する、という考え方があります。わが国のように社会のことはすべて政府か企業が行えば、それで事足りるという考え方ではありません。したがって、NGOの活動を促進することも市民の社会的責任となっているわけです。わが国では昔から、ボランティア活動は「無償の善行」であるとの考え方から、そこで使用される寄付金がスタッフのために使われるのはもってのほかであるといわれてきました。これでは組織を安定的に維持することもできなければ、優秀なスタッフを擁して効果的な活動も行うことはできなくなります。幸いにして、AMDA支援者の方々はAMDAの活動理念をよく理解され、多方面から応援しておられると聞いています。このような支援者の皆様の期待に応えるべく、AMDAは信頼性の高い活動を今後とも続けられることと信じていますが、同時に支援者の方々が世界に一員としての日本の役割に思いを馳せ、AMDAの国際貢献活動をさらに安定的に、活発にできるようご支援いただくことを願って止みません。

以上

AMDA国際医療情報センター関西設立1周年記念シンポジウム

外国人診療に関する相談事業の経過と地域の対応
～妊娠・出産・エイズを中心に～

1994年11月23日(水) 13:30~16:30

エルおおさか視聴覚室

主催：AMDA国際医療情報センター

後援：大阪府、大阪府医師会、大阪市

AMDA国際医療情報センター 03-5285-8088

AMDA国際医療情報センター関西 06-636-2333

プログラム

1. 来賓挨拶

2. AMDA国際医療情報センター 相談受付状況報告 (p1~2)

横山雅子 (センター関西事務局)

中川英子 (センター関西通訳ボランティア)

香取美恵子 (AMDA国際医療情報センター事務局長)

休憩

3. 外国人の妊娠・出産をめぐる問題 (p3~4)

加藤治子 (阪南中央病院産婦人科医長)

4. 在住外国人の地域での生活 (p5~6)

塩津多恵子 (神戸市中央福祉事務所ケースワーカー)

5. HIV感染症の検査・相談体制 —保健所を中心に— (p7~8)

田中英夫 (大阪府立成人病センター調査部)

6. HIV/エイズ ~日本の医療機関の対応 (p9)

小林米幸 (AMDA国際医療情報センター所長、小林国際クリニック院長)

休憩

7. パネルディスカッション

司会：宮地尚子 (AMDA国際医療情報センター関西代表、
近畿大学医学部衛生学教室)

** 懇親会 午後5~7時

参考資料 (p10~12)

AMDAの活動内容 (p13~16)

今回のシンポジウムに対し、大阪コミュニティ財団
「大阪エイズ対策基金」から助成金をいただいております。

§ AMDA国際医療情報センター関西相談受付状況報告

センター関西事務局 横山雅子

1. 相談にみられる傾向 (p14参照)

- * 出身国…ブラジル、ペルー、アメリカが多い。
中国、韓国/朝鮮、フィリピン、タイは在住している人数と比べると相談はあまり多くない。
- * 居住地…8割が関西地域、5割が大阪からの相談。
- * 相談内容…言葉の通じる医療機関の紹介がもっとも多い。病気についての不安、医療福祉制度・保険についての相談、言葉の問題(含通訳)がそれに続く。そのほか治療費の問題、予防接種など。

2. 問題点、特徴

- * 情報へのアクセスの差。問題対処のしかたの差。
- * 南米人(特にブラジル人)は広い地域にわたって相談受けている。
- * 患者、医療機関ともにコミュニケーションに不安を感じている。手術を控えているケースでは通訳を望まれることが多い。精神科は言葉が通じないと治療そのものが困難。タイ語、スペイン語、ポルトガル語が通じる医療機関は非常に少ない。
ただしコミュニケーションがとれていないのは言葉の問題だけではないと思われることもある。(インフォームドコンセント、説明不足、習慣の違い等。)
- * 外国での経験のある医師を希望する相談も多い。自国で使っていた薬を処方してほしかったり、母国で行われるのと同じ治療方針を望んでいたりする。
- * 医療・福祉制度はこまかい知識が必要となり、また外国人への適用は自治体により異なる。
- * 治療費の問題は決定的な解決策がない。特に入院や手術が必要なケースは医療機関や患者に負担が大きいのしかかる。民間の互助組合、自治体による補填制度などもあるが、外国人のための医療保険制度の整備が望まれる。
- * 婦人科関係の相談は全体の約1/5を占める。女医を希望するケースが多い。妊娠チェック、出産、中絶、避妊、癌検査など。
- * HIVについての相談は、ほとんどが検査について。

§ 通訳ボランティアの経験を通して

ポルトガル語通訳 中川英子

§ AMDA国際医療情報センター（東京）相談受付状況

事務局長 香取美恵子

1. センター（東京）の受付相談件数

	91年度	92年度	93年度	94/9	94/4-9	累 計
ブラジル	44	74	135	39	180	433
中国	129	157	130	23	127	543
ペルー	40	99	129	22	125	393
日本	24	16	43	20	124	207
イラン	13	17	51	16	83	164
アメリカ	287	376	308	15	120	1,091
フィリピン	65	86	145	10	68	364
イギリス	37	70	72	6	36	215
韓国	16	42	68	3	39	165
台湾	17	13	12	3	13	55
ガーナ	12	3	8	2	7	30
コロンビア	4	6	14	2	12	36
フランス	9	14	17	2	6	46
アルゼンチン	10	8	10	1	4	32
インド	11	15	12	1	3	41
インドネシア	1	3	2	1	5	11
オーストラリア	41	67	43	1	11	162
カナダ	58	64	34	1	13	169
ギリシャ	0	0	0	1	1	1
タイ	5	15	50	1	35	105
トルコ	1	1	3	1	1	6
ニカラグア	0	0	0	1	1	1
ネパール	6	6	9	1	4	25
バングラデシュ	40	28	29	1	4	101
ボリビア	5	3	12	1	8	28
ミャンマー	5	8	5	1	11	29
不 明	47	131	328	37	206	712
その他の国	177	142	170	0	52	541
合 計	1,104	1,464	1,839	213	1,299	5,706

2. HIV/AIDSに関する相談

連載

国際医療協力活動レポート

ネパール/バングラデシュ
大洪水被災民救援プロジェクト

VOL. 6

AMDA 代表 菅波 茂

大洪水の原因は森林伐採

1993年7月21日の朝ネパール中一東部地域に大洪水が発生した。氾濫したのはカトマンズ峡谷からインドへと流れているバグマヒ河であった。原因は異常気象による1週間の、特に7月19日—20日、ネパールの中、東部南地域の大豪雨であった。この豪雨が惨事を招いたのは首都カトマンズの南西20kmにあるバグマヒ河につくられたクリカニ水力発電所ダムの第二キャンプサイトの崩壊であった。急激に増量した水にダムは持ちこたえることができず両サイドから決壊した。決壊して溢れ出した水は通常の水位より10—15mも高い水位となって平野へ流れ出て大洪水となって村々を襲い道路を遮断した。豪雨が大洪水になった主な理由は森林の伐採が進んで森林の消失により山肌が露出して保水力を失ったためであった。これに地滑りが加わったことがさらに被害を大きくした。

大洪水による被害について述べる。下記の被害は国の発展を5年間逆戻りさせたと言われている。

被災家庭	63397家庭
被災人口	537958人
死者	2000人以上
全壊家屋	12053家屋
部分崩壊家屋	15751家屋
橋梁崩壊	206ヶ所

ダム崩壊	26ヶ所
河川崩壊	405ヶ所
公共施設崩壊	387ヶ所
道路崩壊	364km

緊急活動時こそ日常の人間関係が重要

7月23日。ネパール支部より本部に救援活動の要請がファックスで入った。それによるとネパール支部はすでに政府の大洪水被災民救援地区委員会の委員になって救援活動を開始しているとのことだった。即ち、大洪水が発生した地域の一部は私たちがブータン難民救援活動を実施している地区に接していたのだった。ダマック市のブータン難民第二次医療センターで難民救援医療に従事していたネパール支部の医師は大洪水被災民救援活動に現地参加したわけである。首都カトマンズ及び医療センターとのファックス通信によりおおよっぱな情報を交換することができた。7月24日。本部は即座にネパール大洪水被災民救援プロジェクトの開始を決定した。早速、派遣可能な会員への連絡を開始した。7月26日に岩永医師を、7月30日には北角医師を先見隊としてカトマンズに派遣した。救援要請により3日後にすみやかに医師を派遣できたのはネパール支部とファックス通信のお陰であった。8月2日に首相官邸で首相秘書、保健省など関係者と打ち合わせをした後準備を整えて第一陣の救援チームは8月6日に現地

に向かった。AMDA 医師 5 名、B. P. Memorial Foundation 医師 1 名、パラメディカル 5 名とノンメディカル 1 名の計 12 名であった。なお 8 月 4 日には首相官邸でコイラ首相から激励の榮譽に浴した。このことはテレビと新聞によってネパール国民に報道された。

自然災害及び難民発生時の救援活動は海外からかけつけるだけでは決して充分な活動はできない。常に現地政府との密接な連携が不可欠である。ネパール支部の医師たちは上流階級の出身者が多く中央政府及び地方政府に豊富な人間関係を持っている。現地における救援活動の調整が円滑にすすんだのはこの人間関係によるところが大きい。緊急活動時にこそ平時の人間関係が要求されるのである。

8 月 6 日。飛行機でバグマヒ河の下流にあるジャクナプール市へ飛ぶ。ジャクナプール市にあるダヌサ郡郡長とダヌサ郡中央病院院長との打ち合わせの上スケポカリ村へ車で移動。地元の医師会と打ち合わせにより翌日バグマヒ河西岸の被災地ローハット郡郡庁ガウルへ行くこととした。8 月 7 日。ガウル到着。郡中央病院院長より最大の被災地は西岸ではなく東岸のサライ郡との情報。院長の要請により医師 1 名とパラメディカル 1 名を残してインド国境近くのドゥマリア村に夕刻到着。途中の道が何ヶ所も洪水で流されており迂回を余儀なくされた。ようやく到着すると子供たちを初めとする村人の大歓迎を受けた。

悲惨だった救援チームの生活環境

8 月 8 日。この日から 24 日までドゥマリア村を中心として診療活動を実施した。8 日から 10 日の午前まで再び豪雨が続いた。10 日の午後村はずれにいてみるとバグマヒ河から 7 km もあるのに道は途切れて湖のような観を呈していた。上流からの水により水かさはどんどん増えていた。午前中岩永医師たち 4

名が近くの村に診療に出かけたが、夕方腰までつかりながらやっと帰ってきた。この豪雨によりドゥマリア村は道が不通となり 15 日まで孤立してしまっただけでなく、ガウルに残した 2 名は村に来ることができず当初は 10 名で診療を続行した。

最初は一日 50 名程度の患者であったが、その数は日に日に増えて 300 名にもなった。疾患は下痢などの消化管感染症と肺炎などの呼吸器感染症が主であった。他に外傷や膿皮症など小外科を要する症例が少なからずあった。コレラが発生しなかったのは幸いであった。ちなみに診療期間中の死者は 2 名であった。

悲惨だったのは救援チーム自体の生活環境であった。なにしろ被災地の真只中である。ホテルなど砂漠の蟹気楼であった。宿舎としたのは地元の裕福な家の広い軒下であった。救援チームの日本人もネパール人も一緒に大きな木の台の上にカーペットをひろげてその上に寝た。日中は暑かったが明け方は肌寒いこともあった。風呂はなし。敷地内にあるポンプ式の井戸の水を組み上げて下着を着けたまま身体の汚れを流し洗ったのだった。トイレに紙のないのは当然なのでこちらしきに水で排便後の処理をした。郷にはいれば郷に従えとはこのことであろうか。食事について。当地では朝食の習慣はなくチャーとよばれる甘い紅茶を一杯。昼食と夕食はいつも村民の男性 2 名が作ってくれるカレーであった。日本のカレーとちがいとでもさらさらしていた。この環境を乗り切れたのはメンバーの若さと情熱だったとしか思えない。

多くの方の善意で 救援物資が輸送された

活動内容は診療行為に加えて学童の衛生教育や被災地区の学校へトイレ用便器の設置を実施した。トイレ便器の設置は衛生習慣を学童に身に付けさせることであった。

AMDA が救援チームを派遣した地区は最も被害の大きかった所であり、AMDA が最初に救援活動を開始し、レベルの高い医療活動を実施したと評価されたのは嬉しいことであった。

大洪水被災民救援活動に参加したのはAMDA 以外に下記の団体であった。

- 1) 国際緊急援助隊 (JMTDR)
- 2) French Medical Relief Team
- 3) Saved the Children Fund UK
- 4) Lutheran World Service
- 5) UNHCR
- 6) Nepal Red Cross
- 7) Agriculture Bank
- 8) World Bank
- 9) その他

今回特筆したいのはロイヤルネパール航空と日本航空の協力であった。大洪水により被災地では全てのものがない不景況であった。特に寝るべき家と身にまとう衣類であった。AMDA は特に岡山を中心として報道を通して世論に訴えた。お陰をもって、5トンからの衣類や毛布等が続々と本部に寄せられた。問題は岡山から首都カトマンズを通して被災地までへの輸送であった。多くの方々の善意をいただいた。岡山から大阪空港までは衆議院議員橋本龍太郎氏と賀陽運輸の御協力により無料、大阪空港から香港までは日本航空の半額の御協力そして香港からカトマンズまではロイヤルネパール航空の無料による輸送が可能になったのである。救援物資が一時香港の倉庫に滞留してその倉庫保管料が問題になるなどしたがロイヤルネパール航空が負担してくれた。関係者の方々にこの紙面を借りてあらためて感謝したい。

同時に AMDA はバングラデシュにおける大洪水被災民救援プロジェクトも開始した。

ネパールはバングラデシュの上流にあたる。ネパールとバングラデシュは多方面にわたって密接な交流がある。洪水による被害もこの例外ではなかった。こちらはバングラデシュ支部との協力のもとに実施した。8月9日。日本人医学生3名、バングラデシュ支部の医師1名と地元の NGO である DSK (Dustha Shasthya kendra) の医師1名の計5名が首都ダッカより北に180km のところに位置する洪水被災地メンキファンダ村での診療活動を開始した。ダッカからバス、列車、船と乗り継いで14時間要した。2週間前に大洪水の被害を受け感染症が蔓延していた。DSK はすでに村に仮設の診療所を開設していた。この日の診療で人口3500人のうち450人の患者が来た。患者の20%はマラリアであった。半数以上の子供は栄養失調であった。他に下痢、細菌性赤痢、アメーバ赤痢、貧血などであった。実際の患者の訴えは多種多様で、病気でもないのに診察に受けていたものも少なからずいた。DSK の医師が言った。「一番難しい点は患者自身が何に困っているかわからないことだ。」冗談にしてはきつい一発であった。

日本人医学生3名は宮崎医科大学6年生であった。彼らは国家試験が目前に迫っていたにもかかわらずバングラデシュに飛んだ。大学入学以来発展途上国の医療に携わりたいという夢の実現のために。心意気や良し。ただその国家試験の合否はまだ聞いていない。彼らの名誉のために名前を紹介したい。村田祐二郎、宗石賢治、松藤正彦の3君である。

ローカル NGO の努力が実を結ぶ

今回の大洪水被災民救援プロジェクトで学んだことは多い。

何にましてもローカル NGO の存在である。彼らは地域コミュニティの発展のためにがんばっている。即ち、地域住民の生活の向上の

ためである。「生活志向」が原点である。救援活動において彼らの地元情報の正確さと豊かさが活動の迅速さと効果を保証してくれた。「たかがローカル、されどローカルである。」

NGOは3種類に分類できる。International、RegionalそしてLocalである。International NGOは世界を舞台に活躍している。主として欧米のミッション型のNGOである。Regional NGOはアジア、アフリカ、イスラム社会などの特定多国間相互扶助型NGOである。Local NGOは一国内地域コミュニティ発展型NGOである。

国連高等弁務官はInternational NGOとの二人三脚である。国連登録NGOは多国籍でなければならない。従って、Local NGOは必然的に国連組織とは無縁になる。自然災害や難民の発生により国連組織が活動する時にはいつもInternational NGOが海外より救援に駆け付ける図式が華々しく報道されるのはこのためである。本来は自然災害や難民の発生した場所にこれほど頼りになるものはないLocal NGOがいるにもかかわらずである。世界中のLocal NGOの数は星の数ほど。一等星から光も届かない星までその実力はいろいろある。

生活と緊急救援の相互支援システムの確立

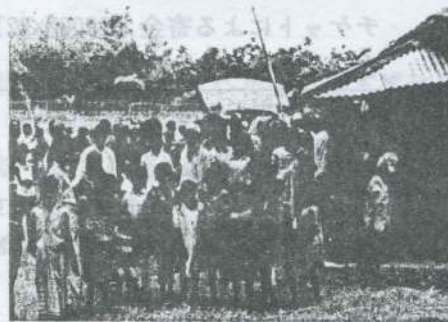
ガリ国連事務総長は試行錯誤の後PKOより社会開発を提唱した。クリントン大統領の人権外交は中華人民共和国の人民の生活向上という経済的事実の前に挫折した。「理念」は「生活」という事実の重みの前に沈みかけて下り、「生活」という本音の実現化が世界の潮流になりつつある。

近接未来の世界の潮流の主役になるのが「生活」を活動目的とするLocal NGOの存在である。

'94おかやま国際貢献NGOサミット。アジ

ア、アフリカ、環太平洋諸国33ヶ国のLocal NGOが参加。10月20日—26日までの期間開催。テーマは緊急救援医療。WHOが緊急救援医療活動に必要な技術教授を行う。沖縄、広島など6ヶ所地域別テーマでのサテライト会議もあわせて開催される。多種多様な特長のあるLocal NGOが参加する。

このサミットの詳細については後日報告したい。



写真(上)周囲が湖になって孤立した村
(中)診療風景
(下)診療を待つ村の人達

チャリティ講演会御礼

拝啓

11月ももうすぐ終わり。カレンダーの日も残り少なくなって参りました。お変わりなくお忙しくご活躍のことと存じます。

さて、去る11月19日(土)のチャリティ講演会におきましては、ご多用中にもかかわらず、ご講演を賜り誠にありがとうございました。

お陰をもちまして、盛会裏のうちに終えることができました。

毎年のことながら、開会前までどれだけの人が足を運んでいただけるかと心配でしたが、お陰で大勢の方たちにご参集いただき、本当にありがたくうれしく思った次第です。

先生方の地道な活動の一端に接することができ、また、知らなかった世界を知らせていただき、本当にありがとうございました。

津曲先生のエネルギッシュな、また大変タフな活動の一端に触れ、たくさんのエネルギーを頂きました。それ以上に経験の中で培ってきた本物のものの見方・考え方や本当のやさしさに触れる事ができ、自分自身を振り返ってみるきっかけになったと思います。

日常生活に追われ忙しくしている私たちです。身近なことからできることを見つけて何かを行動にして行きたいと思っております。

本当にありがとうございました。

収支決算報告も併せてご送付申し上げ御礼とさせていただきます。

寒さに向かっていきます。お体に気をつけてますますご活躍ください。

敬具

チャリティ寄金報告書

収入の部

チケットによる寄金(2000円×221枚)	¥442.000
寄付金	¥12.416
合計	¥454.416

一金 ¥454.416を

ベトナムの子ども達を支援する会 ¥227.208

アジア医師連絡協議会(AMDA) ¥227.208

以上寄付させていただきました。

別紙領収書写を添えてここにご報告申し上げます。ありがとうございました。

平成6年11月24日

有限会社 ヒューマンコンサルティング
代表取締役 岡本 憲明

本部日記<12月>

代表編

12月2日 (金)

UNHCR駐日事務所仲野副代表に面談

12月3日 (土)

NGO懇話会開催 (アイオス五反田にて)

12月10日 (土)

岡山国際貢献トピアを推進する会総会 (竹林事務局員出席)

12月23日 (金)

東京出張

12月29日 (木) ~ 1月5日 (木)

AMDA International 会議出席のためインドへ

来客

12月1日 (木)

モザンビークプロジェクトに参加の吉田医師来岡
(来年度2月よりJICAのプロジェクトでザンビアへ)

12月7日 (水)

郵政省ボランティア貯金推進室富田三千穂氏来岡

12月13日 (火)

立正校成会一食平和基金河野事務局長、根本氏来岡

12月14日 (水)

JICAフィリピン母子保健プロジェクトの田中政宏医師来岡

12月16日 (金)

JICA北野氏他2名来岡

その他

12月1 (木) ~ 11日 (土)

愛のポシエツト運動の一環として旧ユーゴスラビアへ出張 (山本事務局員)

12月3日 (土)

協栄生命岡山支社主催講演会に出席 (津曲事務局次長)

12月8日 (木)

ミャンマー視察報告会及びミャンマー大使講演会: 哲多町役場主催
(片山事務局員)

12月20日 (火)

倉敷ソロプチミスト説明会 (津曲事務局次長)

12月28日 (水)

仕事納め

AMDA 国際医療情報センター
平成6年度運営協力者

以下の方々にご協力頂いています。有り難うございます。(順不同敬称略)

個人 団体

岩淵 千利/満江、永井 輝男、房野 夏明、志立 拓爾、佐藤 光子、坂田 棗
聖テモテ教会、聖アンデレ教会、聖救主教会、聖マルコ教会、三光教会、聖愛教会
葛飾茨十字教会、日本聖公会東京教区、東京聖十字教会、東京聖マリア教会
聖マーガレット教会、八王子復活教会、目白聖公会、東京諸聖徒教会、
神田キリスト教会、聖ルカ礼拝堂、清瀬聖母教会、赤松 立太(マッキントッシュ
対応プリンター寄贈)、大阪・神戸米国総領事館経由匿名の方

医療機関

町谷原病院(東京)、高岡クリニック(東京)、田宮クリニック(神奈川)
城北胃腸科整形外科(沖縄)、オカダ外科医院(神奈川)
帝国クリニック(東京)、杉本クリニック(岡山)

会社

三共(株)、昭和メディカルサイエンス(株)、住友海上火災保険(株)
グラクソ三共(株) 以上 年間12万円
オリンパス販売(株) 以上 年間6万円
(株)エス・オー・エス ジャパン、(株)ジェサ・アシスタンス・ジャパン
大森薬品 以上 年間5万円
興和新薬(株) 以上 年間4万円

助成金

丸紅基金 年間250万円 立正佼成会一食基金 年間100万円
日本エイズストップ基金 年間150万円 明治生命厚生事業団 年間50万円

当センターは寄付などにより運営されています。皆様のご協力をお待ちしています。

広告記載については事務局までご連絡下さい。(03-5285-8086)

郵便振替:00180-2-16503 加入者名:AMDA国際医療情報センター

銀行口座名:さくら銀行 桜新町支店 普通5385716

口座名:AMDA国際医療情報センター

所長 小林 米幸

伊勢佐木クリニック

ISEZAKI WOMEN'S CLINIC

原田慶堂

〒231 横浜市中区伊勢佐木町3-107

Kビル伊勢佐木2階

TEL 045(251)8622

内科(老人科) 理学診療科

医療法人社団 慶成会



〒198 東京都青梅市大門1-681番地

●入院のお問い合わせ—TEL.0428(24)3020(代表)

院長 大塚宣夫



大鵬薬品工業株式会社

東京都千代田区神田錦町1-27



クロヤ薬品株式会社

〒102 東京都千代田区紀尾井町3-12

紀尾井町ビル

TEL 03-3238-2700

(代表)

内科・理学診療科

福川内科 クリニック

東成区東小橋3-18-3

(住友銀行鶴橋支店前)

ポンゲビル4F TEL 974-2338

みみ、はな、のどの変なとき

三好耳鼻咽喉科クリニック院長
南京医科大学耳鼻咽喉科客員教授
蘇州眼耳鼻咽喉科医院名誉院長
香取連絡先/仙台市泉区中央1丁目23-6

TEL 022-374-3443

いちい書房
東京都新宿区高田馬場
1-4-29

03-3207-3556

定価 1200円(税込)

企画編集/ういづY

提供/読あふいず三西四

有限会社 都商会

サリー薬局 ②14 川崎市多摩区宿河原2-31-3

TEL 044-933-0207

エリー薬局 ②14 川崎市多摩区菅6-13-4

TEL 044-945-7007

マリー薬局 ②14 川崎市多摩区南生田7-20-2

TEL 044-900-2170

十字路薬局 ②11 川崎市中原区小杉御殿町2-96

TEL 044-722-1156

セリー薬局 ②16 川崎市宮前区有馬5-18-22

TEL 044-854-9131

アミー薬局 ②42 大和市西鶴間3-5-6-114

TEL 0462-64-9381

マオー薬局 ②42 大和市中央5-4-24

TEL 0462-63-1611

全農

全国農業空同組合連合会



地球の恵みを受け、私たちが

地球に貢献します。

JA全農

WE SUPPORT YOU

全世界への 格安国際航空券 手配と販売

対応言語、英語、スペイン語、タガログ語、タイ語、韓国語、ベンガル語、
ヒンディー語、ウルドゥ語、マレー語、インドネシア語、北京語、
上海語、広東語、福建語、客家語、ペルシア語、ミャンマー語、
アラカン語、フランス語、日本語、 22言語に及ぶ



総合受付 ☎03-3340-6745

アクロス新宿フライトセンター

一般旅行業第835号

〒160 東京都新宿区西新宿1-19-6 山手新宿ビル2F

航空券はアクロスへ 医療相談はAMD Aへ



AIX 安可楽所 旅行会社

Across Travellers Bureau

新宿駅西口徒歩3分

世界各国語の編集・写植・印刷

2000字のニュースレターから800ページの書籍まで、企画・取材・編集・印刷いたします。

モンゴル語基礎文法 好評発売中！
A5判上製 286P 定価 4,800円
郵便振替口座 00110-3-711753

株式会社たおフォーラム
〒169 東京都新宿区高田馬場2-5-21 和田ビル4F
TEL.03-3204-0263 / FAX.03-5272-9897
Nifty ID. KGE01071

消化器科・外科・小児科

小林国際クリニック

Kobayashi International Clinic

小林国際醫院

平日 月曜日～金曜日
9:15～12:00 / 14:00～17:00

土曜日
9:15～13:00

休診日 水曜日、日曜日、祝祭日

0462-63-1380

〒242 神奈川県大和市西鶴間3-5-6-110

小田急江ノ島線鶴間駅下車徒歩4分

COSMO-M

**コスモメディカル
株式会社**

〒671-11

兵庫県姫路市広畑区小坂136-1

TEL (0792) **38-0455**

FAX (0792) **38-0453**

国際医療協力 Vol. 17 No. 12

アジア医師連絡協議会 (AMDA)

- 発行 1994年12月15日
- 編集責任者 津曲兼司、岡野純子
- 事務局 岡山市櫛津310-1
TEL 086-284-7730
FAX 086-284-6758